



CA1
PH
- 2006
S27

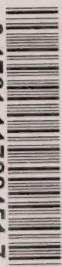
Street Youth in Canada



**Findings from Enhanced Surveillance of
Canadian Street Youth, 1999-2003**

March 2006

3 1761 11708451 7



Our mission is to promote and protect the health of
Canadians through leadership, partnership, innovation
and action in public health.

Public Health Agency of Canada




This publication can be made available in alternative formats upon request.

This publication is also available on the Internet at the following address:
www.publichealth.gc.ca/sti

Street Youth in Canada

**Findings from Enhanced Surveillance of
Canadian Street Youth, 1999–2003**

March 2006



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761117084517>

Table of Contents

Dedication	v
Preface	vi
Acknowledgements	vii
Executive Summary	ix
1 Introduction	1
1.1 Street Youth	1
1.2 Street Youth and the General Youth Population: How Different Are They?	1
1.3 Canadian Street Youth: A Vulnerable Population	1
1.4 Rationale for Enhanced Street Youth Surveillance	2
1.5 Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth (E-SYS)	3
1.5.1 Goal	3
1.5.2 Objectives	3
1.6 Public Health Benefits	4
2 Findings	5
2.1 Key Findings From 1999 to 2003	5
2.2 Socio-demographics Characteristics	6
2.2.1 Age and gender	7
2.2.2 Ethnicity	8
2.2.3 Education	9
2.3 Life on the Streets	9
2.3.1 Living on the streets	9
2.3.2 Sleeping arrangements	9
2.3.3 Amount of Time Spent on the Streets	10
2.4 Home Life Situations Reported by Street Youth	11
2.4.1 Family characteristics	11
2.4.2 Reasons for leaving home	12
2.4.3 Contact with parents/caregivers	13
2.5 Abuse	14
2.6 Interaction With the Social Service System	18
2.6.1 Social workers	18
2.6.2 Foster care	18
2.6.3 Group homes	18
2.7 Correctional Services	19
2.7.1 Jail	19
2.7.2 Probation/parole officer	19

2.8	Income	20
2.9	Sexual Behaviours	21
2.9.1	Sexual partnering	22
2.9.2	Condom use.	23
2.9.3	Sex trade	23
2.9.4	Obligatory sex.	25
2.10	STIs and Blood-Borne Infections	26
2.10.1	Previous STIs	27
2.10.2	Prevalence of STIs and blood-borne infections.	28
2.10.3	Self-perceived risk of STIs.	30
2.11	Substance Use.	30
2.11.1	Injecting drug use	32
2.11.2	Non-injecting drug use	33
3	Implications for Interventions	35
4	Conclusions	37
5	References.	38
Appendix		41
	Methodology	41
	Design and Recruitment	41
	Laboratory Testing	43
	Statistical Analysis	43
	Analysis Terms	44
	Limitations	44
List of Tables		
Table 1.	Overview of socio-demographic characteristics of street youth in the E-SYS sample population	6
Table 2.	Reasons for leaving home (1999 and 2001).	12
Table 3.	Prevalence rates of STIs and BBIs in street youth.	28
Table 4.	Substance use patterns among street youth	31
Table 5.	Injection drugs most commonly used by injecting drug users in the previous 3 months	32
Table 6.	Drugs most commonly used by non-injecting drug users in the previous 3 months	34

List of Figures

Figure 1.	Street youth by gender	7
Figure 2.	Street youth by age category	7
Figure 3.	Average age by gender	8
Figure 4.	Ethnic origins reported by street youth	8
Figure 5.	Sleeping arrangements for the night as reported by street youth (2001 and 2003)	10
Figure 6.	Time spent on the streets in the previous month (2001 and 2003)	11
Figure 7.	Home life situation while growing up as reported by street youth (2001 and 2003)	11
Figure 8.	Contact with parents in the previous three months (2001 and 2003)	13
Figure 9.	Type of contact with parents in the previous three months (2001 and 2003)	14
Figure 10.	Type of emotional abuse reported by street youth (2003)	14
Figure 11.	Type of neglect reported by street youth (2003)	15
Figure 12.	Proportion of street youth who had left home because of abuse	16
Figure 13.	Type of abuse reported (1999)	16
Figure 14.	Type of abuse reported (2001)	17
Figure 15.	Type of abuse reported (2003)	17
Figure 16.	Social workers, foster care and group homes by gender	19
Figure 17.	Reasons for having a probation or parole officer (2003)	20
Figure 18.	Main source of income reported by street youth	20
Figure 19.	Main source of income reported by male street youth	21
Figure 20.	Main source of income reported by female street youth	21
Figure 21.	Number of sexual partners by partner relationship reported by male street youth (2001 and 2003)	22
Figure 22.	Number of sexual partners by partner relationship reported by female street youth (2001 and 2003)	22
Figure 23.	Proportion of street youth who reported not using condoms for protection at their last sexual encounter by gender of partner (2001 and 2003)	23
Figure 24.	Sex trade history among street youth	24
Figure 25.	Sex trade in the previous 3 months among street youth who reported having traded sex in the past	24
Figure 26.	Items most commonly received after trading sex	25
Figure 27.	Obligatory sex among street youth (2003)	26
Figure 28.	Items most commonly received before obligatory sex (2003)	26
Figure 29.	Proportion of street youth reporting a history of STIs	27

Figure 30. Use of any form of sexual protection after diagnosis of an STI	27
Figure 31. Prevalence rates of STIs and blood-borne infections	29
Figure 32. Self-perceived risk of STIs	30
Figure 33. Injecting drug use among street youth	32
Figure 34. Use of clean needles or other drug injection equipment in the previous 3 months	33
Figure 35. Non-injecting drug use among street youth	34

Dedication

This report is dedicated to the nearly 5000 street youth who took part in E-SYS in seven cities across Canada. It is hoped that the information they took the time, energy and courage to give about themselves will find its way back to them in the form of improved and increased health and social service interventions.

Preface

The information contained in this report is drawn from data provided by street youth in three separate cycles of data collection between 1999 to 2003 in seven urban centres across Canada.

Core questions were repeated in each data collection cycle and new questions were added as a result of knowledge gained in previous cycles. This affords the opportunity for longitudinal comparisons of prevalence rates of sexually transmitted infections (STIs) and blood-borne infections, in addition to trends in risk behaviours.

This report contains only an overview of the available data. As a complement to this main report, three sub-reports addressing specific issues relating to the street youth population contain more complex and in-depth analyses. These sub-reports detail information from the surveillance data on STIs, substance use and associated sexual risk behaviours as well as hepatitis C and injecting drug use (IDU).

Both the main report and the sub-reports use data from all three cycles; they consistently identify which cycle of data is being referenced. Each cycle of data was analyzed separately; overall averages are occasionally used when the differences observed between cycles are small.

Attempts have been made to make information contained in this report easier to understand, by providing minimal statistical details in order to present the findings as clearly as possible for non-researchers.

For more information on survey design, data collection and analysis, please contact Olayemi Agboola, Principal Investigator for E-SYS, Surveillance and Epidemiology Section, Community Acquired Infections Division, PHAC.

Acknowledgements

This report was prepared by the Surveillance and Epidemiology Section, Community Acquired Infections Division, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Public Health Agency of Canada.

We would like to thank all of the street youth who participated in the surveys for giving their time. We are also grateful to all of the principal investigators and coordinators from the sites, for their commitment from the beginning of the pilot project in 1998 to phase IV in 2003. They include:

- Dr. Baldwin Toye, Jacques Neron, Caroline Millar, and Tom Quintero in Ottawa;
- Dr. Miriam Rossi, Ruth Ewert and Dr. Karen Leslie in Toronto;
- Dr. David Haase, Pat Hazell and Janet Walsh in Halifax;
- Dr. Ameeta Singh, Barbara Anderson, Jennifer Gamm, Vicki Pilling and Dr. Gerry Predy in Edmonton;
- Dr. Cordell Neudorf, Karen Grauer, Suzanne Mahaffey and Jocelyn Andrews in Saskatoon;
- Dr. Gina Ogilvie, Darlene Taylor, Dr. Michael Bokart, Dr. David Patrick, Juanita Maginley, Elsie Wong and Elaine Jones in Vancouver; and
- Dr. Carole Beaudoin, Dr. Stephen Moses, Dr. Greg Hammond, Michelyn Wood and Margaret Ormond in Winnipeg.

Many thanks to our colleagues from the National HIV and Retrovirology Laboratories, especially Dr. John Kim and Laurie Malloch, The National Microbiology Laboratory (Dr. Lai King Ng and formerly, Dr. Rosanna Peeling), and all the participating local and provincial laboratories.

We are especially grateful to Robert Hanson, Stéphane Racine and Julian Flight from the Office of Research and Surveillance, Drug Strategy and Controlled Substances Program, Health Canada, for their valuable input into the analysis, writing and review of the substance use sub-report.

We would like to express our appreciation for the input of numerous staff, past and present, of the Public Health Agency of Canada (PHAC) who offered their expertise for the successful completion of the main report and sub-reports, including:

- Susanne Shields, who was the former principal investigator instrumental in conceptualizing, creating and designing E-SYS in the first place. Without Ms. Shields' dedication, E-SYS would not be a reality today.
- Jennifer Phelan and Cara Bowman for their analytic and data management contribution;
- Tracey Donaldson, Katherine Dinner, Rhonda Kropp and Yogesh Choudri, for taking the time to review the sub-reports and for the practical feedback they provided;
- Hany Bishay and the information technology (IT) team for their help in developing and building the database;
- Barbara Jones, Jeff Dodds, Robert Lerch and Allison Engrose, and the entire CAID staff for the various support they provided; and
- Dr. Donald Sutherland, Dr. Ann Jolly and Sandra Burton for their previous work on this project.

We would also like to thank all other staff and contractors who have been involved over the years and have contributed to the overall success of E-SYS.

Many thanks to Surveillance and Risk Assessment Division, PHAC and Drug Strategy and Controlled Substances Programme, Health Canada for their financial contributions.

Surveillance and Epidemiology Section

- Olayemi Agboola, Epidemiologist
- Maritia Gully, Surveillance Analyst
- Lisa Hansen, Field Epidemiologist
- Jennifer Siushansian, Interim Coordinator
- Dr. Tom Wong, Director, Community Acquired Infections Division

Contact Information

Surveillance and Epidemiology Section
Community Acquired Infections Division (CAID)
Centre for Infectious Disease Prevention and Control (CIDPC)
Public Health Agency of Canada (PHAC)
Jeanne Mance Building, AL 1906B
Ottawa, ON K1A 0K9

Tel. 613-941-8422
Fax. 613-941-9813

Executive Summary

Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth (E-SYS) was initiated in 1998. The surveillance system was launched in direct response to recommendations made by provincial and territorial directors of sexually transmitted infections (STIs), at their 1997 national meeting. This system is the result of strong collaboration between local, provincial and federal public health stakeholders in addition to universities. The surveillance system has provided prevalence and risk behaviour data for a population not represented in school or in population-based study designs.

Findings from the analyses show that street youth have high rates of STIs and blood-borne infections. Examination of subgroups within the street youth sample, such as injection drug users, reveals a particularly disturbing prevalence of some infectious agents, for example the hepatitis C virus. High-risk sexual behaviours such as infrequent condom use, and high numbers of sexual partners were also found within this population, as were concerning levels of substance use.

Effective prevention strategies for STIs and blood borne infections for the street youth population cannot be developed if data on this population are limited to sexual risk behaviour elements. Knowledge of social dynamics – such as reasons for leaving home, interactions with social services, exposure to abuse and risk behaviours of sexual partners – is needed for us to understand how STI and blood-borne infection prevention fits into street youth's lives. Therefore, this report extends beyond the simple prevalence of adverse health outcomes in this population; it provides information on risk taking and on the social context of risk behaviours. Finally, the report provides longitudinal comparisons of data collected in all surveillance cycles.

Information collected from E-SYS is intended to assist with enhancing social and public health programs aimed at improving the emotional, physical and psychological well-being of Canadian street youth.



1. Introduction

1.1 Street Youth

Canada has long had an international reputation for its high quality of life. Nevertheless, for a growing number of Canadians, homelessness has become a reality, and obtaining shelter, part of a daily struggle,¹ especially among youth.

The world-wide population of street youth is not known, but it has been estimated to be in the millions.^{2,3} D. DeMatteo *et al.* estimated that every day, 150,000 youth are living on the streets in Canada.⁴

Definitions of the term “street youth” are numerous and varied, as are the social realities of different countries. However, one constant found among all street youth is their precarious living conditions, which include poverty, residential instability and emotional and psychological vulnerability.⁵ These conditions may lead to behaviour that expose street youth to STIs and blood-borne infections, substance use and abuse.

1.2 Street Youth and the General Youth Population: How Different Are They?

Street youth are as diverse as the rest of the Canadian population. A review of available literature on this topic shows that street youth are more likely to have dropped out of school and more likely to work than other youth in their age category.⁶ Street youth face complex living situations and social factors, such as poverty, family violence and unstable living conditions. They are different from general population youth who live with their parents, go to school and have access to basic health care services.^{6,8}

Previous research found that compared with the parents of in-school youth, parents of street youth were more likely to be employed in lower status jobs. Poor relationships with parents were also reported by more street youth than general population youth.^{8,9}

National data on youth 15 to 24 years of age cannot be reliably used to gain insight into the street youth population. These general data are often collected through schools, telephone surveys and other residence-based approaches – which do not necessarily reach street youth. In addition, the youth who do participate in these surveys are likely to have significantly lower levels of risk behaviours than the street youth population.¹⁰

1.3 Canadian Street Youth: A Vulnerable Population

Prior research on street youth has shown that they are an emotionally and physically vulnerable population.⁹ Street youth were more likely to report having had sexual intercourse before the age of 13,¹¹ and are at higher risk for many STIs.^{11–13} The prevalence (overall cases) and incidence (new cases) rates of many STIs and blood-borne infections are reported to be 10 to 12 times higher in street youth than in youth of the same age group among the general population.^{5,6,14}

A study on street youth in Montreal found that almost one-half (45.8%) had injected drugs. Street youth were also found to be 11 times more likely to die of drug overdose and suicide¹⁵ than general population youth. A study of homeless youth in Calgary found that more than one-half of participants had gone through the child welfare system, having experienced abuse at home and problems at school.¹⁶ Several other studies, including E-SYS, have also shown that street youth have been victims of abuse while growing up and that many had left home for this very reason.^{9,17} Other studies found high rates of attempted suicide.^{16,18}

Several studies have noted that street youth use various survival strategies such as staying with friends, trading sex or prostitution, and committing offences when living on the streets.^{9,9,16} The longer they live on the street, the more likely they are to use these strategies. It has been estimated that between 12% and 32% of Canadian street youth are involved in prostitution.^{2,19}

For most street youth, there are limited opportunities to explore potential careers and fewer career options, due to curtailed education and a lack of formal training. Casual, unskilled employment often does not provide enough income for street youth to afford stable accommodation.^{16,20} Limited education, a lack of marketable job skills and the generalized emotional and cognitive instability associated with homelessness itself contribute to these youth's dependency on the "street economy" (e.g. sex trade, panhandling, drug running) as their primary source of income to meet their basic needs for food, clothing and shelter.²¹

Given their family difficulties, their lack of educational and economic opportunities and their living conditions, how do street youth construct a vision of their future?

1.4 Rationale for Enhanced Street Youth Surveillance

In Canada, surveillance is invaluable in monitoring trends in reportable STIs and in identifying risk groups in need of public health interventions. However, routine surveillance does not capture all cases of STIs, as hard-to-reach populations with high infection rates often have limited interactions with the health care system.

Enhanced surveillance methods targeted toward hard-to-reach populations are vital to assess the burden of STIs and to provide appropriate prevention and treatment services. Street youth are a hard population to reach from a surveillance perspective, as they often have no permanent home and have little interaction with the health care and education systems. As a result, they are mostly excluded from telephone-, school-, clinic- or residence-based studies leading to a gap in information available on this population.

E-SYS was developed as a direct response to recommendations made at the 1997 national meeting of provincial and territorial directors for sexually transmitted infections (STIs). Participants had highlighted the need for a continuous data collection mechanism in order to monitor trends in STIs and blood-borne infections in the street youth population. In addition to disease prevalence information, the sentinel surveillance system was also designed to collect data on some of the determinants of health and on the prevalence of risk behaviours. These data could lead to the identification of strategies for health promotion and of gaps in disease prevention.

1.5 Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth (E-SYS)

Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth, or E-SYS, is an ongoing multi-centre initiative initiated in 1998 in response to the need for national data on this hard-to-reach population. This surveillance system is a comprehensive data source that monitors rates of STIs and related infections, behaviours and risk determinants in the Canadian street youth population.

The pilot phase (phase I) of E-SYS was launched in October 1998 to determine the feasibility of monitoring the street youth population. It involved three Canadian cities: Vancouver, Ottawa and Halifax. The total sample size was 297 youth. Findings concluded that valid data regarding risk behaviours and knowledge of STIs, and biological sample collection, could be obtained from this population. Data collection was conducted bi-annually starting in 1999 (phase II) and continuing in 2001 (phase III) and 2003 (phase IV), as the surveillance system expanded to seven large urban centres across Canada: Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, Toronto, Ottawa and Halifax. Vancouver was unable to participate in phase III for logistic reasons. The total sample size for phases II, III and IV combined was just under 5000 youth.

Participants were aged 15–24 years (inclusively), were able to speak either French or English and had been absent from their place of residence for at least three consecutive nights in the previous six months. Information regarding their demographics, family history, current living situation, relationships with caregivers, income sources, drug and alcohol use, sexual behaviour and history of sexually transmitted infections was collected using a standardized, interviewer-administered questionnaire which took approximately one hour to complete. In addition, participants were encouraged to provide urine and blood samples for the testing of STIs and blood-borne infections. For more information on recruitment, data collection and analysis methods, please refer to the appendix.

The success of this surveillance is the result of ongoing, strong collaboration among local, provincial and federal representatives.

1.5.1 Goal

The goal of E-SYS is to provide information on the sexual health and sexual behaviours of Canadian street youth which is essential for the development of appropriate and effective disease prevention programs.

1.5.2 Objectives

The specific objectives related to the above goal are:

- to identify potential risk factors associated with chlamydia, gonorrhoea, syphilis, HIV, herpes simplex virus (HSV) and hepatitis C virus (HCV) infection in Canadian street youth;
- to monitor the prevalence of chlamydia, gonorrhoea, syphilis, HSV, HIV and HCV infection in Canadian street youth over time;
- to monitor hepatitis B immunity level and its determinants;

- to determine and to monitor HIV strains and HCV genotypes in Canadian street youth; and
- to provide information that will be useful for prevention and control efforts targeting this population.

The Public Health Agency of Canada (PHAC) is committed to this initiative, to fulfil part of its mission of promoting and protecting the health of all Canadians and to provide a national perspective on this population. Through E-SYS, needs and gaps are identified to support program and policy development to improve the health of this vulnerable population.

1.6 Public Health Benefits

In addition to the public health benefits of the epidemiological information being collected, E-SYS provides access to many street youth who would otherwise be difficult to reach, especially in terms of free counselling, testing and management of selected STIs and blood-borne infections.



2. Findings*

2.1 Key Findings From 1999 to 2003

- The ratio of males to females is approximately 2:1.
- Approximately 15% of street youth reported their families had been homeless.
- Conflict with parents was the principal reason most street youth reported for leaving home.
- More than one-half of street youth reported having hung out on the streets all the time in the previous month.
- More than one-quarter reported that social welfare was their main source of income.
- In 2003, more than 35% of street youth reported they had dropped out of school or had been expelled from school permanently.
- More than one-half of street youth reported emotional abuse or neglect.
- Rates of chlamydia and gonorrhoea in street youth are more than 10 times those in the general youth population.
- Hepatitis B immunity level is gradually increasing among street youth; however, the proportion of street youth with no immunity remains high, at more than 40%.
- Street youth are a sexually active population, with more than 95% reporting previous engagement in sexual activities.
- On average, street youth reported having had no fewer than 17 partners in their lifetime.
- Approximately one-quarter of street youth reported having traded sex at some point in their lives.
- A high proportion of street youth reported not having used condoms during their most recent episode of sexual intercourse.
- Approximately 80% of street youth reported smoking daily.
- Approximately 40% of street youth reported recent alcohol intoxication.
- Street youth who reported using one substance (alcohol, tobacco or drugs) were more likely to report using other substances (poly-drug use).

* It was not possible to present all of the information from the 1999, 2001 and 2003 cycles in this report because the quantity of data available is extensive; hence, this report contains only an overview of the findings. As a complement to this report, three sub-reports that address specific issues in greater statistical detail have been produced: *The Health and Well-being of Street Youth: A Report from the 1999, 2001 and 2003 Cycles*, *Street Youth and Substance Use: A Report from the 1999, 2001 and 2003 Cycles*, and *Street Youth and Mental Health: A Report from the 1999, 2001 and 2003 Cycles*.²³ and *Hepatitis C and Injecting Drug Use Among Street Youth*.²⁴

- A large majority (95%) of street youth reported having used non-injecting drugs. Nearly 20% reported having used injecting drugs.
- Street youth did not seem to modify their sexual behaviours after being diagnosed with an STI.

2.2 Socio-demographics Characteristics

Table 1 provides an overview of the socio-demographic characteristics of youth who participated in E-SYS.

Table 1. Overview of socio-demographic characteristics of street youth recruited for E-SYS

	1999 (N* = 1645)	2001 (N = 1427)	2003 (N = 1656)
Demographics	Percent		
Gender			
Male	61.7	56.6	62.9
Female	38.3	43.4	37.1
Mean Age (years)	18.9	19.0	19.7
Age Category			
15–19 years	63.5	68.0	56.9
20–24 years	36.5	32.0	43.1
Place of Birth			
In Canada	92.2	92.9	91.9
Outside Canada	7.9	7.1	8.1
Ethnic origin†			
Aboriginal‡	27.7	33.6	36.3
Caucasian	63.3	60.1	59.5
African /Black	4.3	4.2	5.3
Others	8.5	8.5	7.0
Ever Had a Social Worker			
Yes	64.8	70.4	70.4
No	35.2	29.6	29.6
Ever Been in Foster Care			
Yes	35.7	39.5	42.2
No	64.3	60.5	57.8
Ever Been in a Group Home			
Yes	39.8	44.4	46.7
No	60.2	55.6	53.3
Ever Been in Jail or Under Detention			
Yes	55.5	54.3	61.9
No	44.5	45.7	38.1
Ever Had a Probation Officer			
Yes	49.4	47.7	56.0
No	50.6	52.3	44.0

* N = Denominator (number of youth recruited).

† Youth were allowed to report more than one ethnic origin; therefore, total percentages may add up to more than 100%.

‡ Aboriginal includes First Nations, Métis, Inuit and other Native peoples.

2.2.1 Age and gender

A total of 4728 youth were recruited: 1645 in 1999, 1427 in 2001, and 1656 in 2003. The ratio of male to female street youth was approximately 2:1 overall (Figure 1). The average age was 19.2 years in all years of recruitment, with females approximately one year younger than males (Figure 3). Youth were categorized into two age groups: the 15–19 year age group (younger youth) and the 20–24 year age group (older youth) (Figure 2).

Figure 1. Street youth by gender

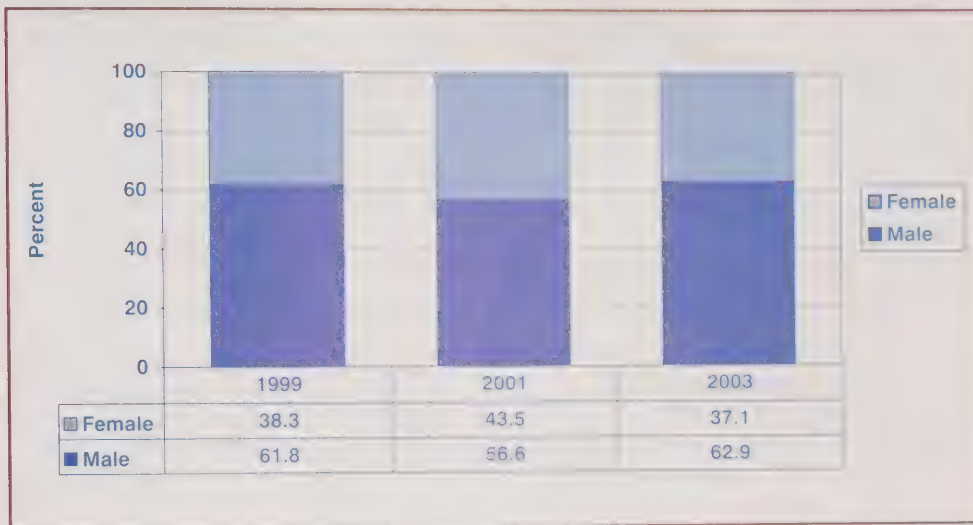


Figure 2. Street youth by age category

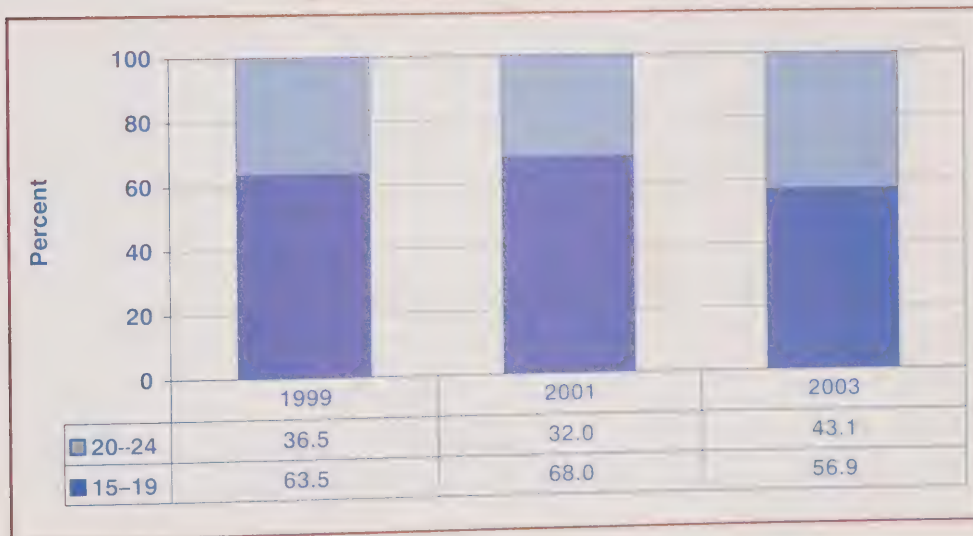
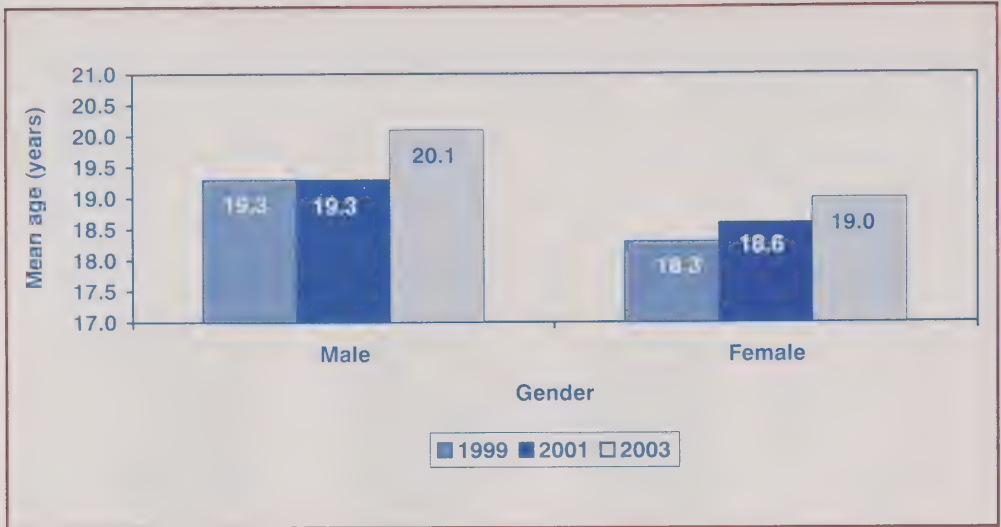


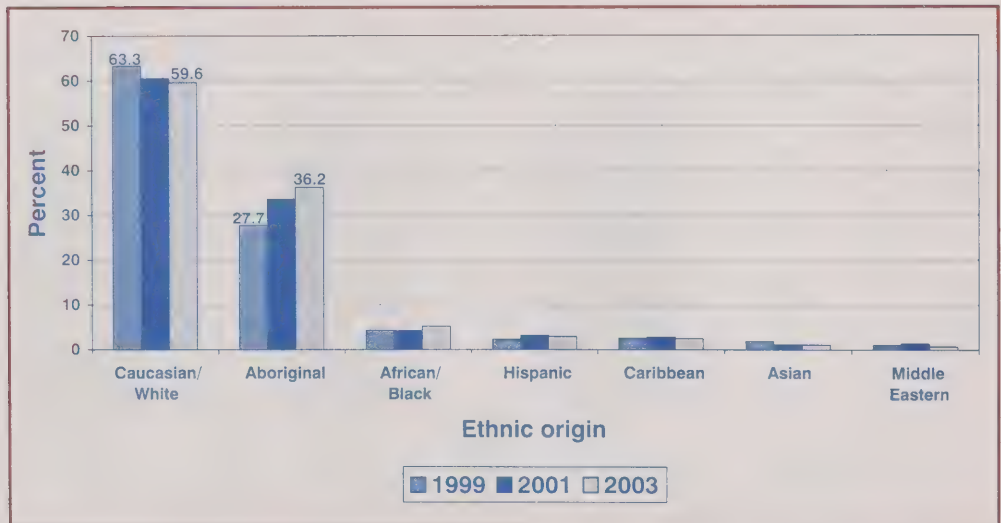
Figure 3. Average age by gender



2.2.2 Ethnicity

The vast majority of youth surveyed were born in Canada; less than 10 percent were born outside of the country. The youth were of varied ethnic backgrounds (Figure 4), with about 60% overall reporting Caucasian ethnicity and about one-third reporting Aboriginal ethnicity. About 12% of youth reported being of African, Asian, Middle Eastern or other ethnicities.

Figure 4. Ethnic origins reported by street youth



2.2.3 Education

Most street youth reported having some secondary education (up to grade 12): 88.6% in 1999, 91.7% in 2001 and 95.0% in 2003. Only very few reported an education level higher than secondary school. For youth over 18 years old, just one-quarter (25%) had completed grade 12 (2003).

In 1999 and 2001, the youth were asked why they were not currently attending school. In both years, approximately 38% reported that they had dropped out while about 12% reported they were expelled from school. In 2003, 40.1% reported that they had dropped out permanently and 37% reported that they had been permanently expelled. Males were more likely to have been permanently expelled, while females were more likely to have permanently dropped out on their own.

Data from the *Second Report on the Health of Canadians*, released in September 1999, show that 22% of males and 14% of females leave high school before graduation. This suggests that the drop-out rate is higher among street youth than in the general youth population.

2.3 Life on the Streets

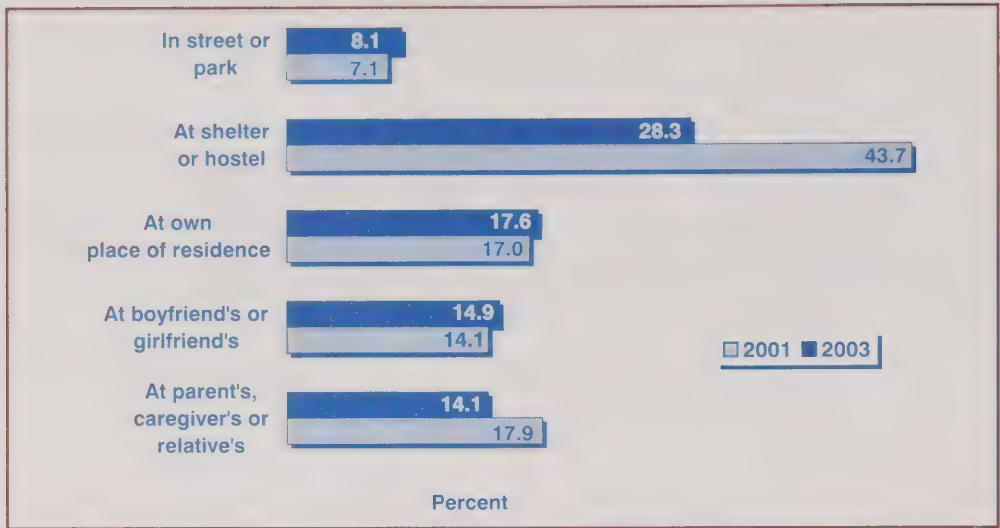
2.3.1 Living on the streets

When asked if they had ever lived on the streets full-time, one-third of the street youth surveyed reported never having done so, another third reported that they used to live on the streets but no longer do so, while yet another third reported that they used to and still continue to live on the streets. Overall, more than 60% of the youth reported having lived on the streets full-time at one point. This pattern was common to all survey years.

2.3.2 Sleeping arrangements

In 2001 and 2003, survey respondents were asked where they were going to spend the night. Figure 5 shows that 7% of the youth in 2001 and 8% in 2003 were going to spend the night on the street or in parks. The highest proportion of youth were to spend the night in a shelter or hostel, while the rest would be at home with parents, caregivers or relatives, at their boyfriend's/girlfriend's or at their own place of residence.

Figure 5. Sleeping arrangements for the night as reported by street youth (2001 and 2003)



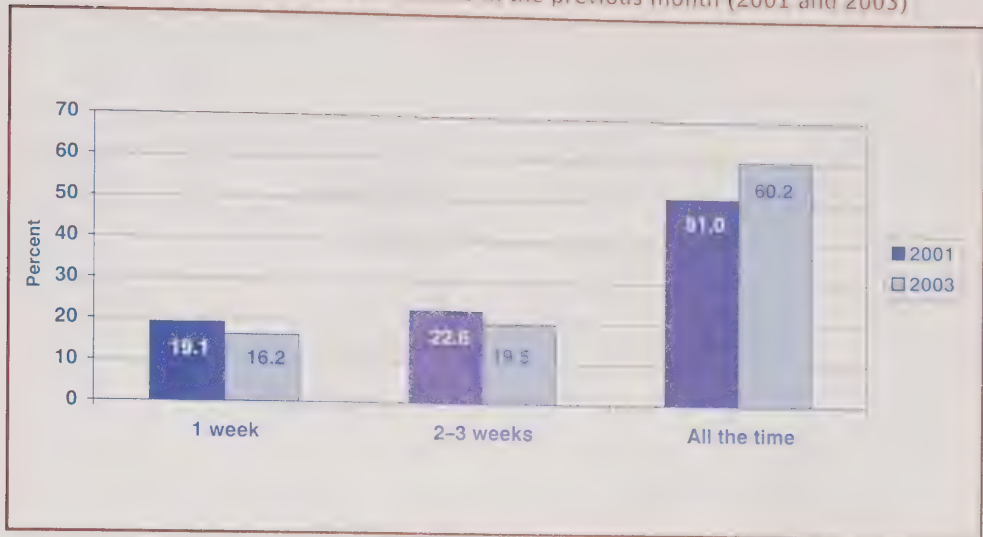
2.3.3 Amount of Time Spent on the Streets

In 2001 and 2003, street youth were asked how many hours in a week they spend "hanging out" on the street and how often they had been on the street in the previous month. More than 30% of youth reported spending more than 50 hours per week hanging out on the street. Approximately 40% reported hanging out for 10 to 30 hours per week and close to one-fifth (18%) reported spending 2 to 10 hours per week hanging out. Males were significantly[§] more likely to report spending more time hanging out on the street than females.

As shown in Figure 6, a high proportion of street youth reported spending all of their time on the street, but there is a range of time spent, suggesting various levels of "street involvement." More males than females reported hanging out all the time, while more females than males reported hanging out some of the time (1 to 3 weeks in the previous month).

Changes in weather do not seem to have all that much of an effect on the amount of time youth spend on the street; one-half reported that the amount of time they spent hanging out changed due to the weather, while the other half reported no change. More females than males reported that the weather had an effect on the amount of time they spent on the street.

Figure 6. Time spent on the streets in the previous month (2001 and 2003)



2.4 Home Life Situations Reported by Street Youth

2.4.1 Family characteristics

In 2001 and 2003, respondents were asked about their home life as they were growing up. The results, presented in Figure 7, show that some youth had already experienced homelessness with their family before living on the streets; 13% and 15% of youth in 2001 and 2003, respectively, reported that their family had been homeless at some point. More than 70% reported that their parents had full-time jobs in previous years and less than 10% reported that their parents were jobless.

More than 65% of the youth reported that their parents were divorced. Over one-third reported that their parents had been jailed at some point, while more than one-half reported that their parents abused one another either verbally or physically and displayed fits of anger.

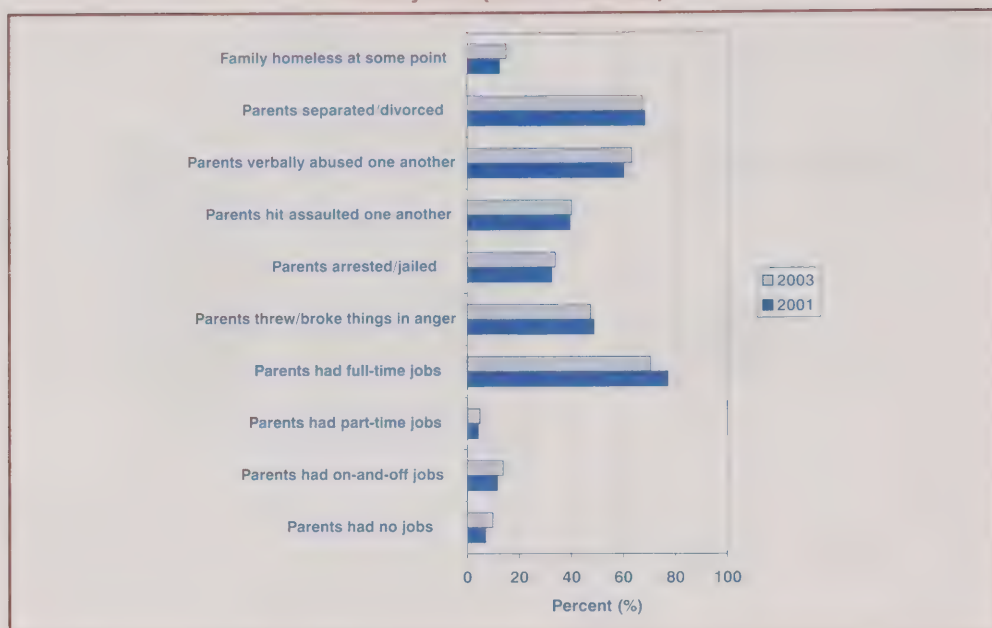
2.4.2 Reasons for leaving home

Street youth reported leaving home mostly because of unsatisfactory living conditions. Of the various reasons they gave for leaving home, the following were most commonly cited in the survey years:

- Fighting or arguing with parents/caregiver. Reasons for arguing with parents varied: breaking rules set by parents, financial difficulties, alcohol and drug use by youth and by parents, and school.
- Seeking independence, travel, or moving to a larger city.
- Being thrown out of the home.
- Abuse, including physical, sexual and emotional abuse, and neglect.
- Trouble with the law.

Table 2 presents the main reasons the youth gave for leaving home in 1999 and 2001.

Figure 7. Home life situation while growing up as reported by street youth (2001 and 2003)



Similar to a previous study, youth ran away from home primarily because of their inability to get along with their parents (conflict), a perception of being unloved (emotional abuse), being physically abused, and being thrown out of the house.²⁶ In the 1999 and 2001 E-SYS cycles, significantly⁸ more females reported abuse as the main reason they left home, while more males cited trouble with the law.

Table 2. Reasons for leaving home (1999 and 2001)

Reasons for Leaving Home	1999	2001
	Percent	
Independence / travel / move to larger city	17.6	15.5
Move to go to school / to find work	1.0	2.9
Taken away / placed in foster care	3.6	5.6
Parental or caregiver addiction / health problem	4.2	6.1
To live with partner (with whom they had a child)	2.0	2.0
Trouble with the law	5.3	3.6
Abuse (sexual, physical or emotional)	12.6	11.4
Parent(s) / caregiver(s) left	1.2	1.9
Thrown out	13.9	15.1
Youth drug / alcohol use	3.8	5.1
Arguing with parent(s)	23.7	16.8
Parental or caregiver financial difficulties	1.0	1.3
Parent(s) / caregiver(s) passed away	1.1	2.6

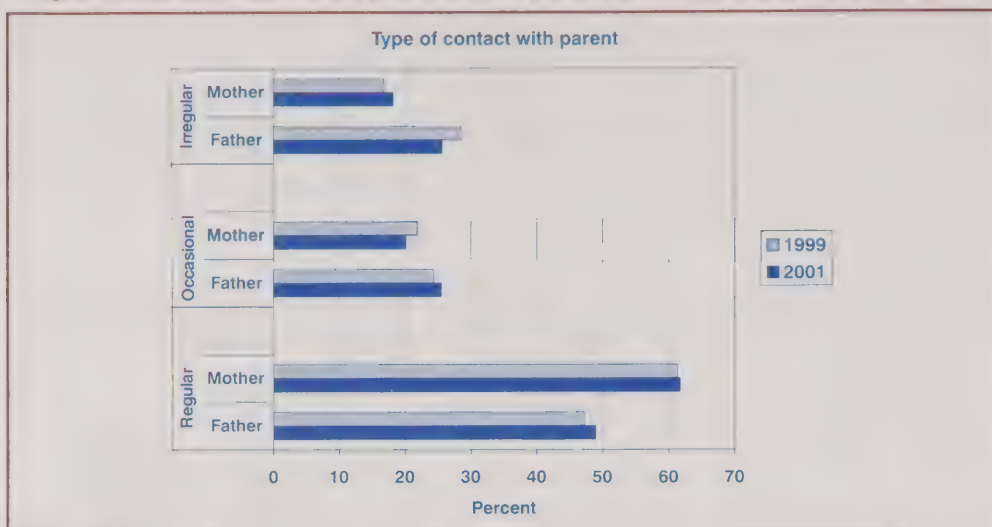
2.4.3 Contact with parents/caregivers

Street youth were asked if they have had contact with their parents or caregivers in the previous three months. While a high proportion of the youth – over 60% in 1999, more than 50% in 2001 and over 70% in 2003 – reported having contact with their parents, a greater number reported contact with their mother than with their father. In the survey years, significantly* more females reported having contact with one or both parents (Figure 8). Of the youth who reported having contact with their parents, the majority reported regular contact (Figure 9).

Figure 8. Contact with parents in the previous three months (2001 and 2003)



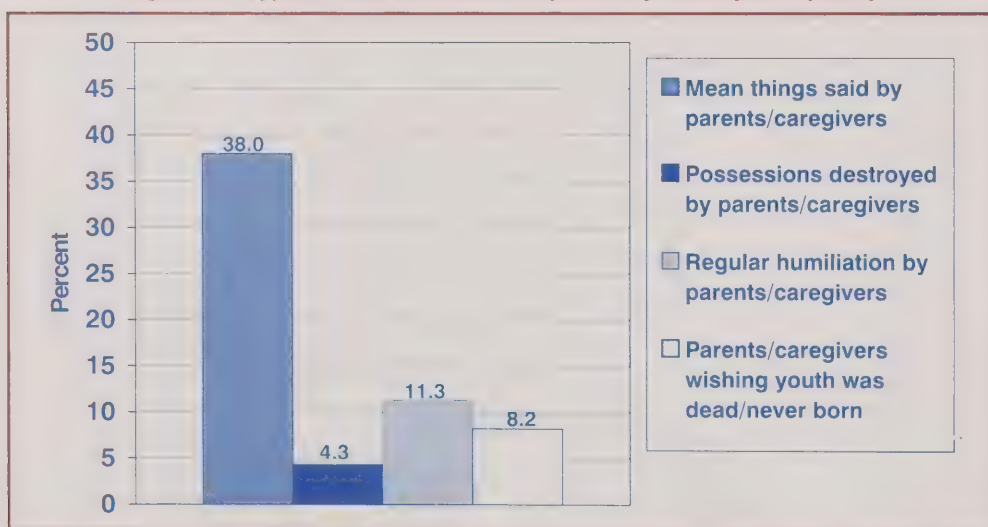
Figure 9. Type of contact with parents in the previous three months (2001 and 2003)



2.5 Abuse

The youth were not asked to provide details on abuse in 1999. In 2001 and 2003, respondents described the physical abuse they experienced as mostly fighting among themselves and their parents/caregivers; emotional abuse was mostly described as mean things being said to them, being regularly humiliated, having their possessions deliberately destroyed by their parents, or their parents telling them that they wished they were dead or never born. Figure 10 shows the type of emotional abuse reported by youth in 2003.

Figure 10. Type of emotional abuse reported by street youth (2003)



In 2003, additional questions about neglect were asked. One-third (30%) of the respondents reported experiencing neglect. The youth described neglect as being abandoned or kicked out of the home, their parents not protecting them from sexual abuse, medical neglect (parent refusing or unable to consent to medical treatment) and physical neglect (inadequate nutrition or clothing and unhygienic living conditions). As shown in Figure 11, most of the youth described neglect as being abandoned or kicked out of the home.

The overall proportion of street youth who reported leaving home because of physical, emotional or sexual forms of abuse was high, ranging from 19.1% in 2003 to 27.9% in 1999 (Figure 12). More females than males reported leaving home because of abuse.

Figures 13 to 15 offer a breakdown of the types of abuse experienced by gender. As shown in the figures below, rates of emotional, physical and sexual abuse are much higher in females than in males.

Figure 11. Type of neglect reported by street youth (2003)

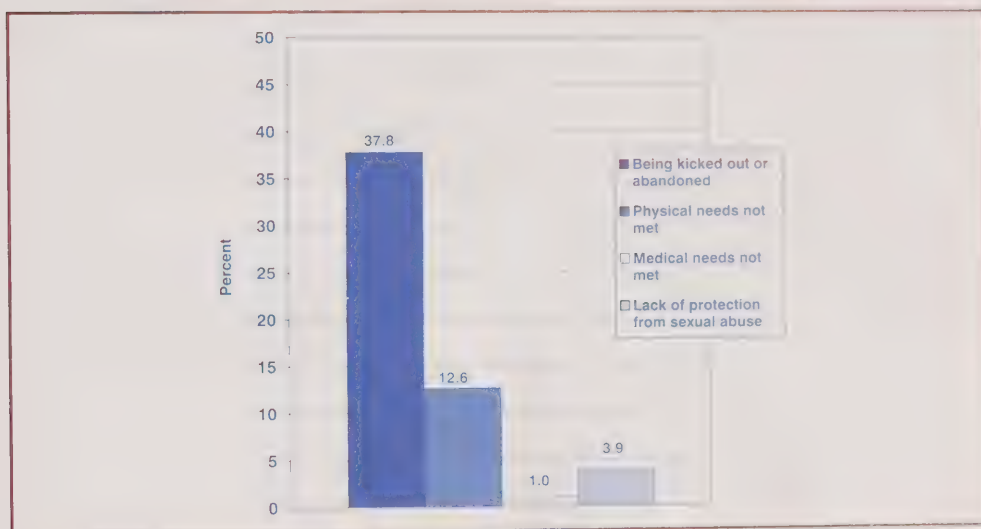


Figure 12. Proportion of street youth who had left home because of abuse

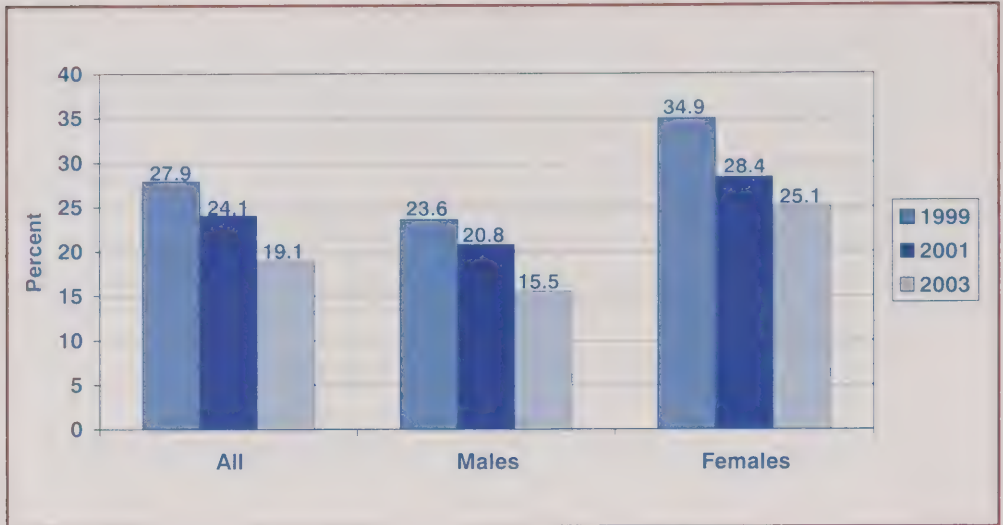
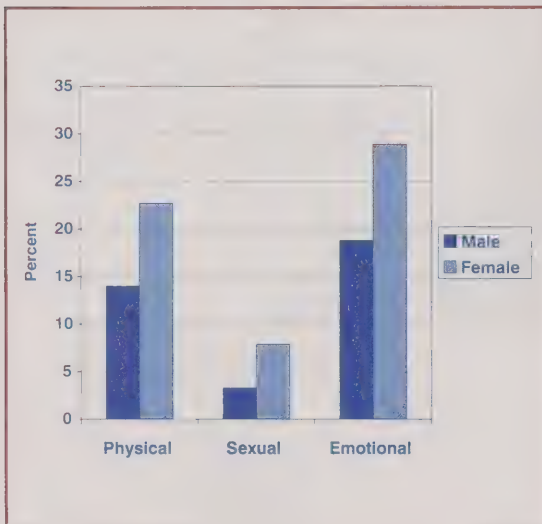
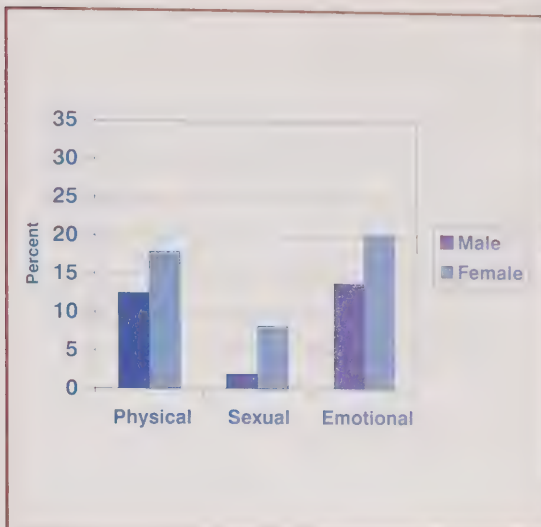


Figure 13. Type of abuse reported (1999)



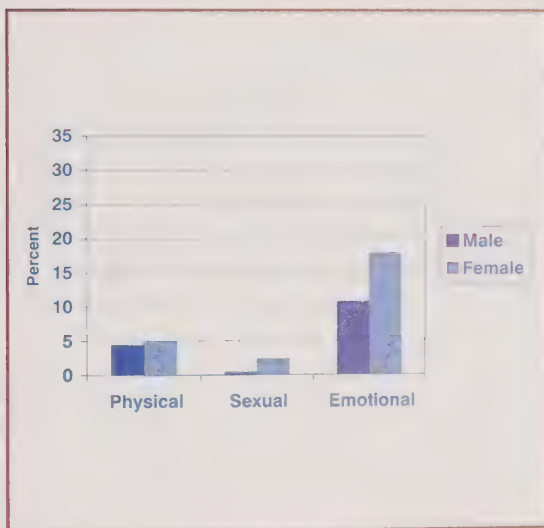
Overall, in 1999, 22.7% of youth reported leaving home because of emotional abuse; 17.3% and 5.1% reported leaving because of physical abuse and sexual abuse, respectively.

Figure 14. Type of abuse reported (2001)



Overall, in 2001, 16.6% of youth reported leaving home because of emotional abuse; 14.9% and 4.6% reported leaving because of physical abuse and sexual abuse, respectively.

Figure 15. Type of abuse reported (2003)



Overall, in 2003, 13.4% of youth reported leaving home because of emotional abuse; 4.6% and 1.1% reported leaving because of physical abuse and sexual abuse, respectively.

2.6 Interaction With the Social Service System

2.6.1 Social workers

A majority of the street youth (65% to 70% in all survey years) reported having had a social worker (Figure 16). Family problems were the most common reason youth gave for starting to see a social worker (41.5%). Other reasons cited were being assigned to a social worker (21.2%), abuse (8%), having been kicked out of their home (4.3%), parental drug problems (6.6%) and being sent to jail (3.4%). Reasons for seeing a social worker varied by gender; more females reported doing so because they had left home or because of a parent's alcohol or drug use, while males reported being assigned to a social worker to obtain housing and welfare. Older youth (20–24 years) were significantly^s more likely to report being assigned a social worker for access to shelter and welfare than younger youth (15–19 years).

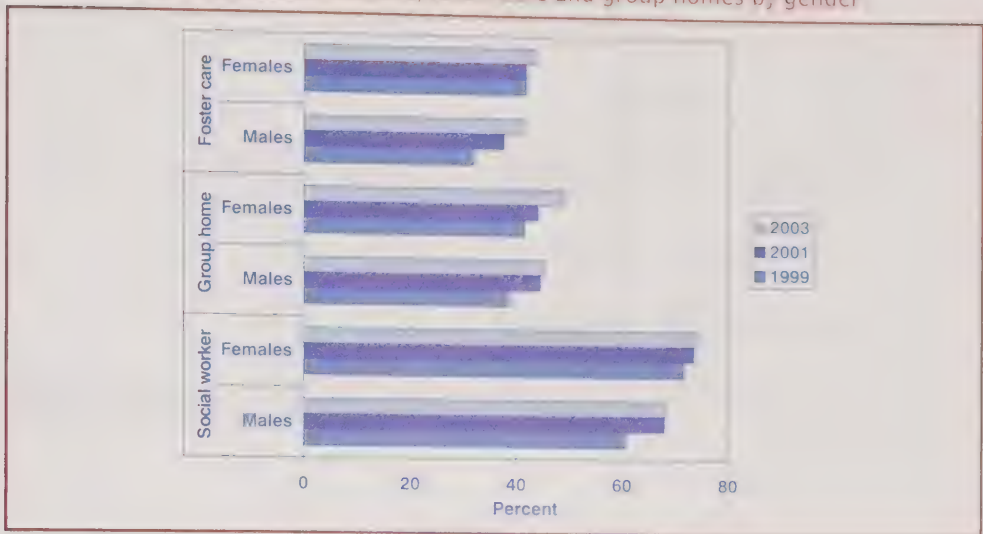
2.6.2 Foster care

The proportion of street youth who reported that they had been in foster care ranged from 35.7% in 1999 to 42.2% in 2003 (Figure 16). In 2003, the average age at first placement in foster care was 8 years and the average number of placements was 7 for both male and female street youth. More than one-half (58%) of respondents reported having run away from foster care at some point in time; the proportion was significantly^s higher among females (66.5%) than males (52.9%).

2.6.3 Group homes

The proportion of street youth who reported that they had been in a group home ranged from 39.8% in 1999 to 46.7% in 2003 (Figure 16). The average age at first placement in a group home was 14 years for both male and female street youth. As was the case with having seen a social worker, family problems were the main reason the youth gave for having been in a group home. Significantly^s more males reported having been in a group home because they were kicked out of the family home, because they had been in jail and because of anger management issues.

Figure 16. Social workers, foster care and group homes by gender



2.7 Correctional Services

2.7.1 Jail

In all survey years, more than one-half of the street youth reported they had been in jail, a youth detention centre, a prison or a detention facility, overnight or longer. More males (65%) than females (40%) reported that they had been in jail.

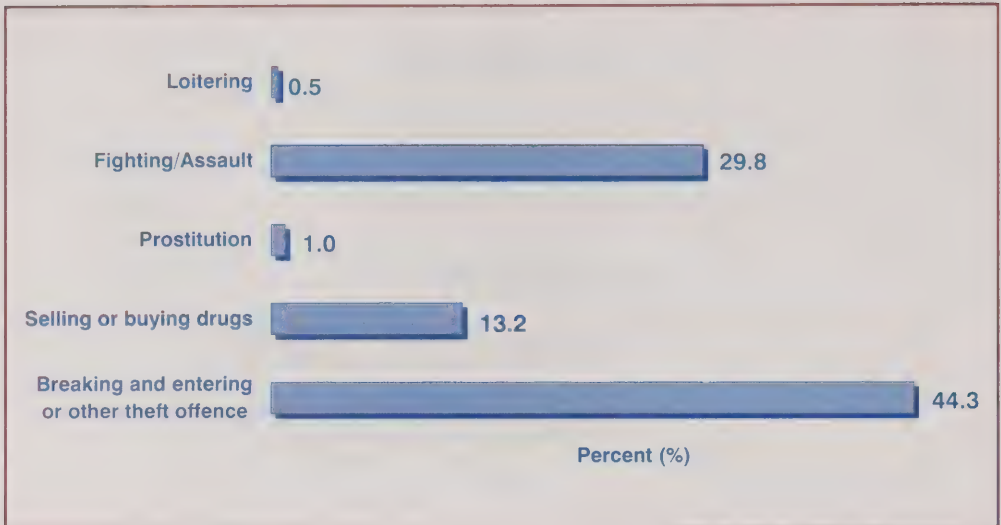
2.7.2 Probation/parole officer

More than one-half of the street youth reported having had a probation or parole officer: 50.6% in 1999, 48.0% in 2001 and 56.0% in 2003; males were significantly⁵ more likely to report this than females.

Figure 17 shows the reasons given by street youth for having a probation or parole officer in 2003. Their offences include breaking and entering, fighting/assault and selling/buying drugs.

Older youth were found to be more likely than younger youth to report having had a probation/parole officer or having been in jail. This may be a consequence of exposure, as older youth would have been on the streets longer than younger youth.

Figure 17. Reasons for having a probation or parole officer (2003)



2.8 Income

As shown in Figure 18, money from social welfare was the most commonly reported main source of income (26.1% to 31.2%). In 1999 and 2001 regular work and money from family were the other most often reported sources of income, while in 2003, it was occasional work and regular work for males (Figure 19) and money from family and regular work for females (Figure 20).

Figure 18. Main source of income reported by street youth



Figure 19. Main source of income reported by male street youth

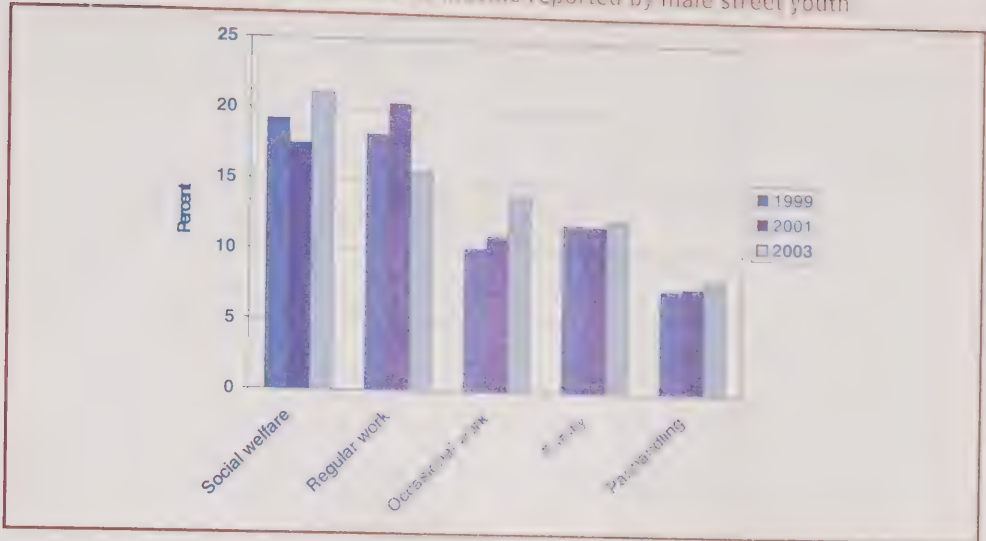
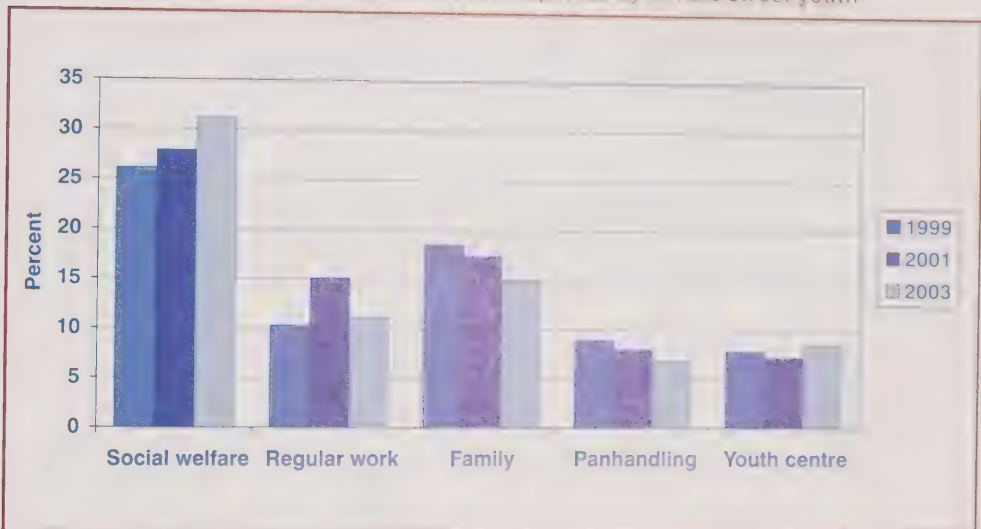


Figure 20. Main source of income reported by female street youth



2.9 Sexual Behaviours

In all survey years, more than 95% of the street youth reported having had sex. The average age at first sexual intercourse among sexually active youth was 14 years; this age did not differ between male and female youth or between survey years.

2.9.1 Sexual partnering

In 2001 and 2003, male street youth reported an average of between 18 and 45 lifetime sex partners while females reported an average of between 4 and 21. Male street youth also reported a higher number of sex partners in the previous 3 months than did females (Figures 21 and 22).

Figure 21. Number and gender of sexual partners reported by male street youth (2001 and 2003)

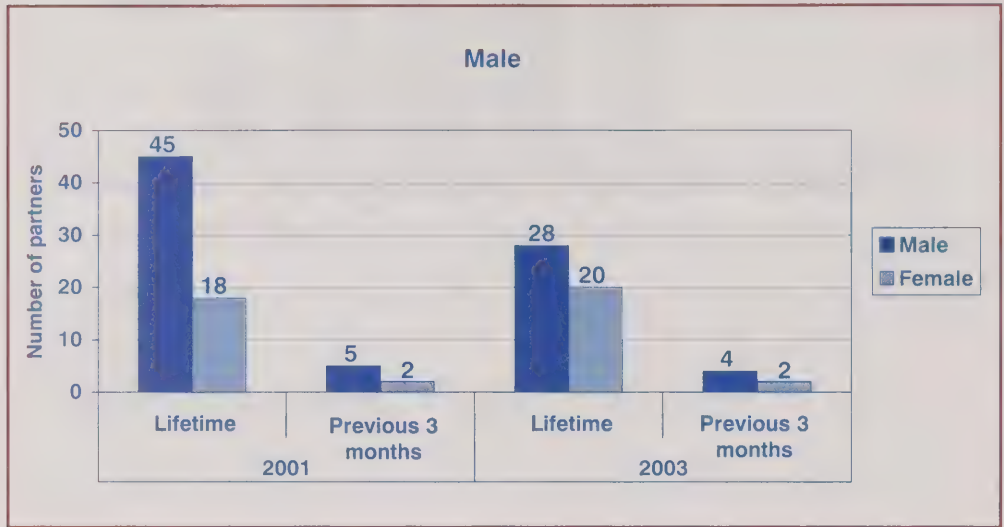
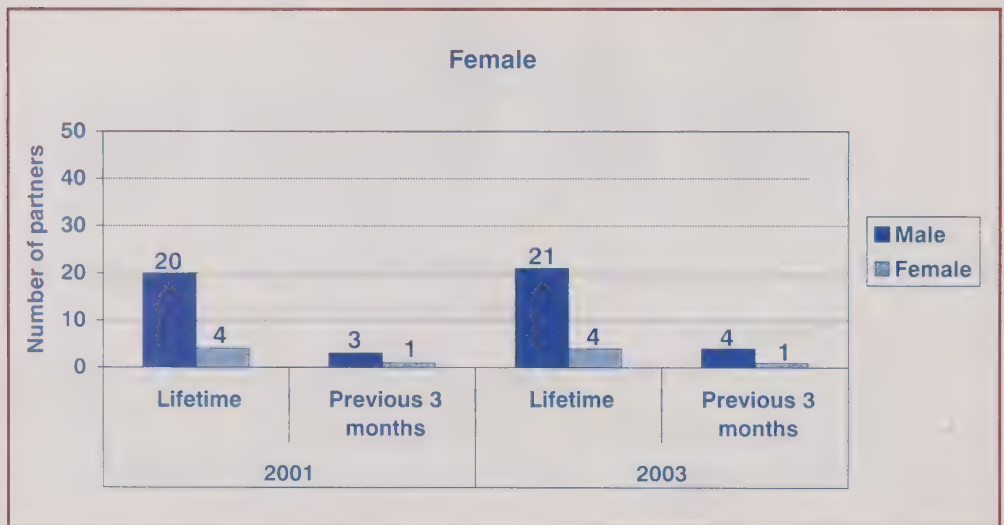


Figure 22. Number and gender of sexual partners reported by female street youth (2001 and 2003)

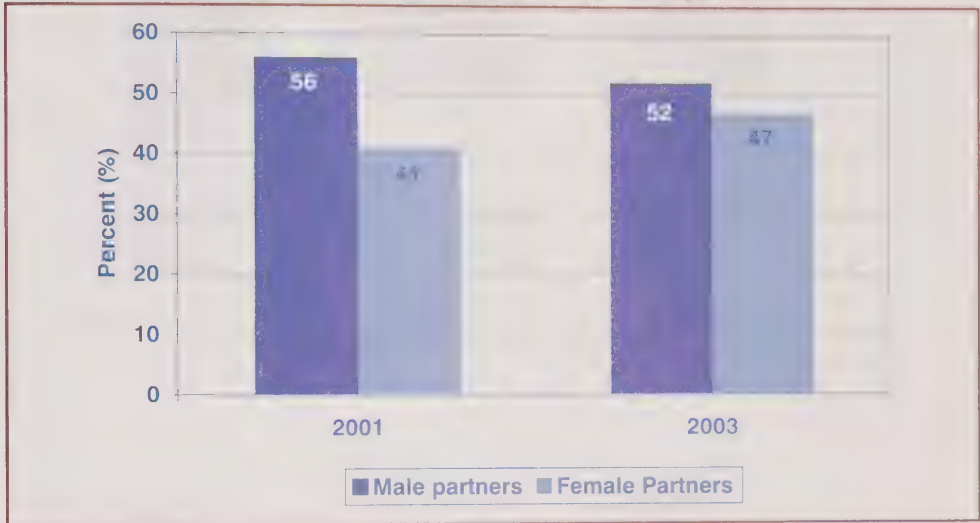


2.9.2 Condom use

Most street youth reported not using a condom at their most recent sexual encounter with either a male or a female partner. As shown in figure 23, more street youth reported not using a condom with a male partner than with a female partner.

In 2001 males were significantly¹⁸ more likely to report not using condoms with their male partners (homosexual encounters) than with their female partners (heterosexual encounters). It should be noted that the rate of condom use, hovering at around half (50% of the street youth population in all survey years) is still very low.

Figure 23. Proportion of street youth who reported not using condoms for protection at their last sexual encounter by gender of partner (2001 and 2003)



2.9.3 Sex trade

Overall, 22.6% of the street youth reported having had a past experience of trading sex in 1999, 20.9% in 2001 and 20.2% in 2003, with more females than males reporting this practice (Figure 24).

Of those street youth who reported ever having traded sex, 44.6% in 1999, 37.6% in 2001 and 35.6% in 2003 reported it had occurred in the three months prior to the interview. The percentages did not seem to differ significantly by gender (Figure 25).

Figure 24. Sex trade history among street youth

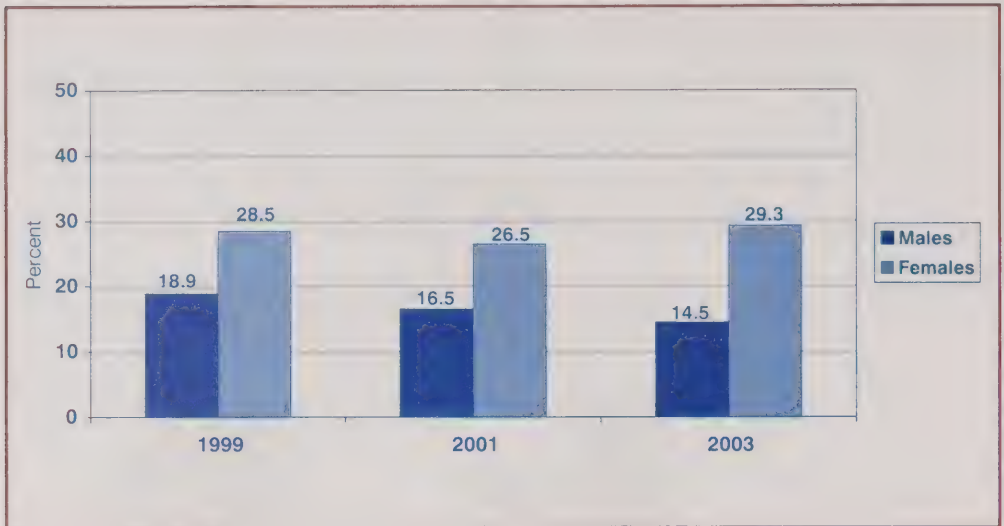


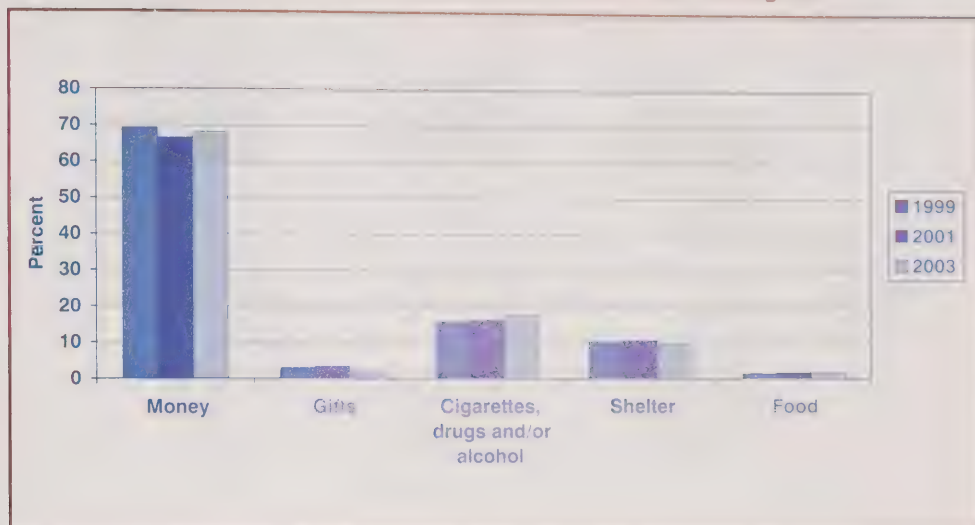
Figure 25. Sex trade in the previous 3 months among street youth who reported having traded sex in the past



Money was the most common item received after trading sex, followed by cigarettes, drugs and/or alcohol, and shelter (Figure 26). This pattern was consistent in all survey years. Only a few street youth reported that they traded sex for food or gifts.

Over 75% in all survey years reported using condoms the last time they had traded sex. While this number seems high, there exist potential risks to the youth who reported not using condoms: 16% in 1999, 25% in 2001 and 19% in 2003.

Figure 26. Items most commonly received after trading sex



2.9.4 Obligatory sex

In 2003, street youth were asked if they ever had obligatory sex—defined as having sex when feeling obligated to do so after receiving money, gifts, drugs or a place to sleep. Of the respondents, 18.5% reported they had at some point felt obligated to have sex, with more females (25.5%) than males (14.3%) reporting this. However, more males (25.7%) than females (21.2%) reported at least one episode in the three months prior to the interview (Figure 27). Of note is the fact that just over one-half reported using condoms the last time they had obligatory sex.

Street youth were asked to describe what items they had received prior to feeling obligated to have sex. Shelter was the most common, followed by cigarettes, drugs and/or alcohol, money, food and gifts (Figure 28).

Figure 27. Obligatory sex among street youth (2003)

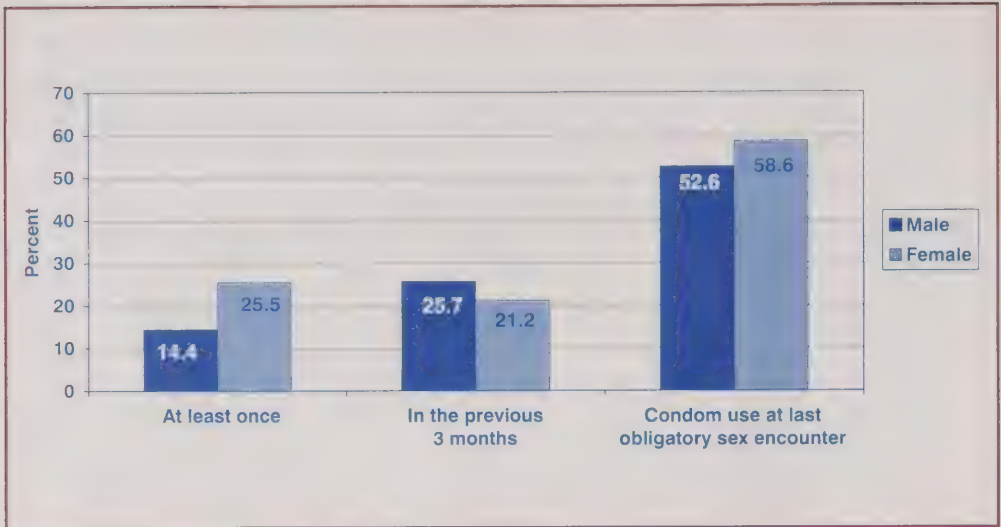
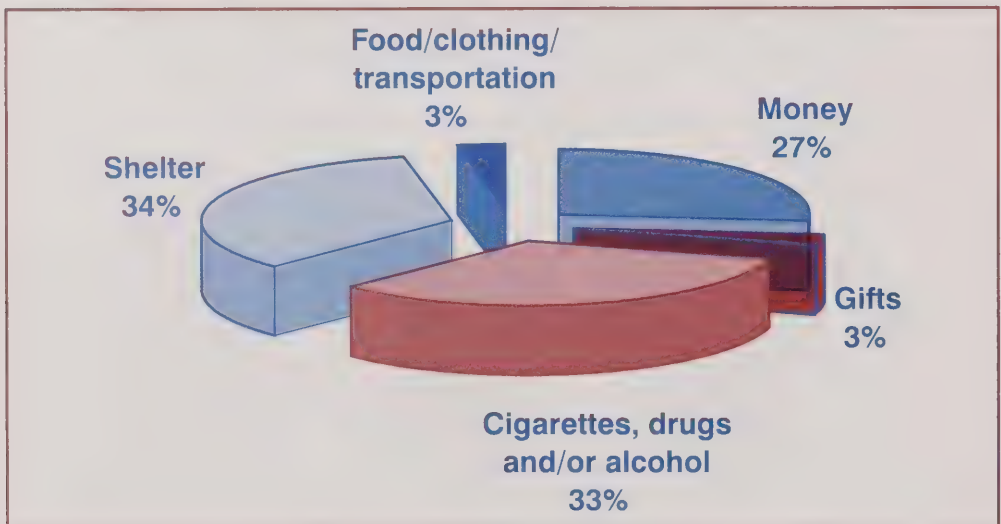


Figure 28. Items most commonly received before obligatory sex (2003)



2.10 STIs and Blood-Borne Infections

This section provides an overview of STI prevalence among street youth. More detailed information is provided in the *Sexually Transmitted and Blood-Borne Infections in Canada's Street Youth* report.²³

2.10.1 Previous STIs

Street youth were asked about their history of STIs. In all survey years, more females than males reported a previous STI (Figure 29). Overall, the proportion of street youth reporting they had had STIs was 20.8% in 1999, 22.7% in 2001 and 26.6% in 2003. When asked about use of any form of protection during sex after the diagnosis of an STI, 32% reported not using any in 1999 (Figure 30), although this proportion decreased to 27% in 2003.

Figure 29. Proportion of street youth reporting a history of STIs

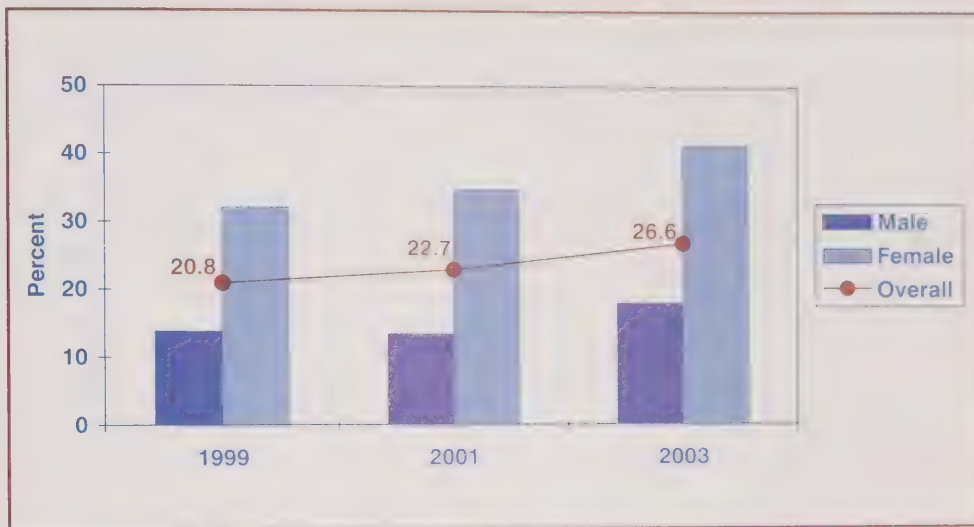
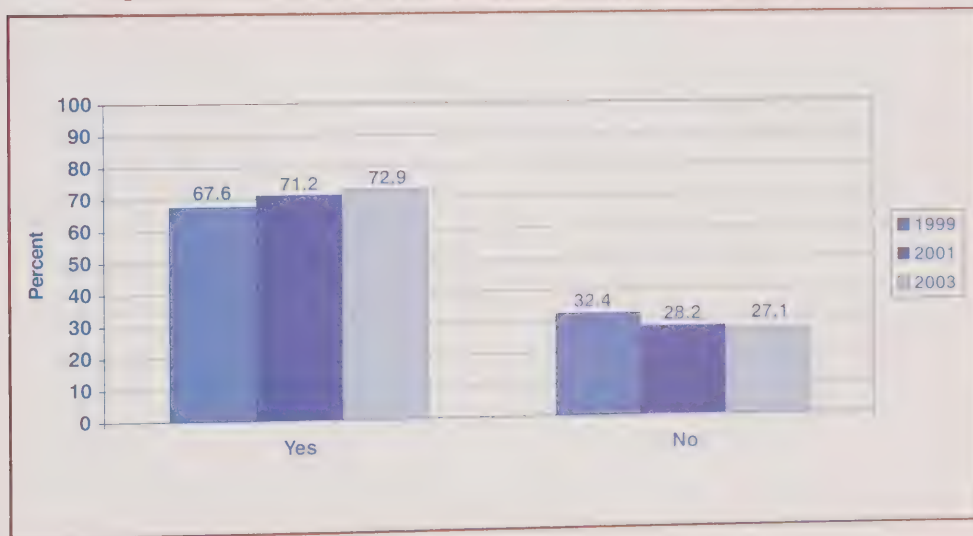


Figure 30. Use of any form of sexual protection after diagnosis of an STI



2.10.2 Prevalence of STIs and blood-borne infections

Youth who consented to be tested for STIs and other blood-borne infections (BBIs) were asked to provide a urine sample and a blood sample. More than 70% of participating youth provided blood while more than 80% provided a urine sample.

Table 3. Prevalence rates of STIs and BBIs in street youth

STIs and BBIs	1999	2001	2003
	Prevalence Rate (%)		
Chlamydia	8.6	11.5	11.0
Males	7.5	9.4	8.4
Females	10.4	14.3	15.4
Gonorrhoea	1.4	1.4	3.1
Males	1.2	1.1	2.3
Females	1.7	1.8	4.6
Infectious Syphilis*	–	0.0	0.7
Males		0.0	0.6
Females		0.0	0.9
Hepatitis C**	4.0	3.6	4.5
Males	3.9	2.4	4.4
Females	4.2	5.0	4.8
HIV	<1.0	<1.0	<1.0
Hepatitis B (susceptibility)***	67.3	49.8	40.4
Males	69.4	51.9	46.1
Females	63.6	46.9	29.9
Herpes simplex type 1 (HSV-1)	–	56.0	60.8
Males		53.2	59.3
Females		59.6	63.2
Herpes simplex type 2 (HSV-2)	–	14.2	18.8
Males		7.6	12.6
Females		22.6	29.4
HSV-1 and 2 co-infection	–	9.9	11.9
Males		5.2	8.4
Females		16.0	18.1

* Infectious syphilis includes primary, secondary and early latent syphilis.

** Another report, Hepatitis C and IDU Among Street Youth,²⁴ will provide detailed information on the relationship between HCV and IDU.

*** Susceptible = anti-HBs negative and anti-HBc negative or no laboratory evidence of hepatitis B immunization.

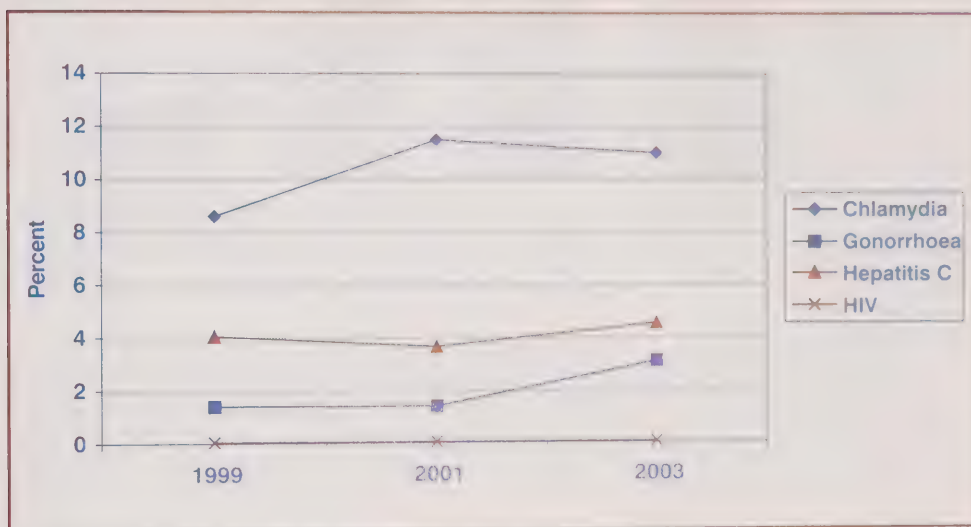
As shown in Figure 31, rates of chlamydia and gonorrhoea in the street youth increased between 1999 and 2003. They are significantly⁴ higher than reported rates for all youth 15–24 years of age, which are about 1% for chlamydia and 0.3% for gonorrhoea.²⁷ Hepatitis C and HIV rates in the street youth were stable, at approximately 4% and less than 1% respectively, over the survey years.

Syphilis testing was added to the surveillance protocol for 2001 and 2003. In this time period, infectious syphilis rate increased from 0% (no cases) in 2001 to 0.7% (10 cases) in 2003 (Table 3).

Regarding hepatitis B, in the three survey years, there was a dramatic decrease in the proportion of youth who had no natural or vaccine-induced immunity and needed to be immunized (Table 3).

Testing for HTLV was performed in 2001 and 2003; in both years, there was only one case of HTLV-1.

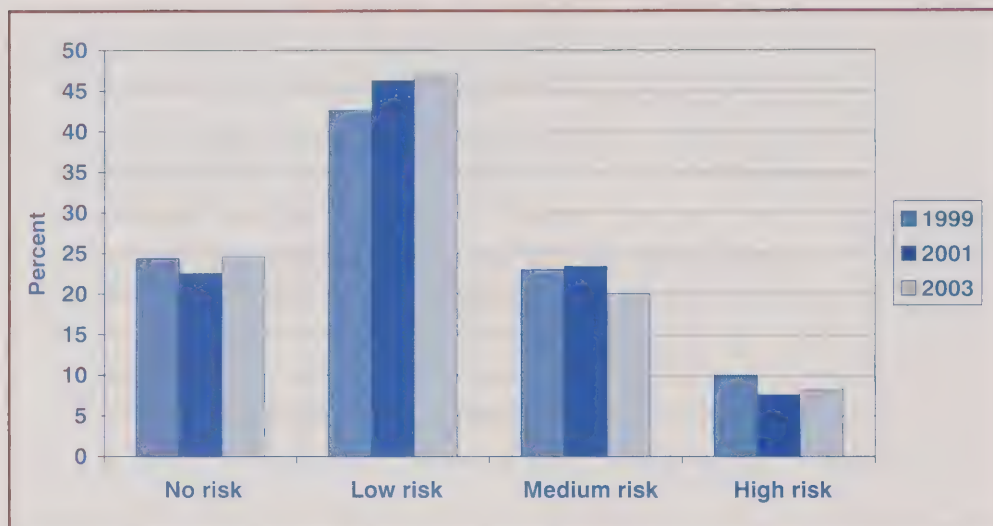
Figure 31. Prevalence rates of STIs and blood-borne infections



2.10.3 Self-perceived risk of STIs

In terms of their self-perceived risk of getting an STI, the majority of street youth interviewed believed that they were at low risk or at no risk (Figure 32). Fewer than 10% of street youth in all survey years believed they were at high risk of getting an STI. About one-quarter believed that they were at no risk at all.

Figure 32. Self-perceived risk of STIs



2.11 Substance Use

The youth were asked about their smoking, drinking and drug use practices. They were asked to report if they smoked at the time of the survey, and to report their alcohol and drug use habits of the previous three months. This section provides an overview of substance use patterns among street youth. More detailed information is provided in the *Canadian Street Youth and Substance Use* report.²²

Table 4. Substance use patterns among street youth

Substance Use	1999	2001	2003
	Percent		
Smoking – current			
Daily	84.3	82.5	78.8
Occasional	5.7	7.2	9.2
Alcohol use in previous 3 months			
Daily	6.5	7.0	5.8
More than once per week	24.1	29.8	26.9
Less than once per week	50.7	42.3	43.1
None	18.7	20.9	24.3
Alcohol intoxication in previous 3 months	67.2	42.0	36.6
Males	65.3	46.1	37.9
Females	70.5	36.5	34.2
Injecting drug use (lifetime)	20.8	18.4	22.3
Males	21.4	18.7	23.3
Females	20.0	20.5	20.6
Non-injecting drug use (lifetime)	79.0	76.3	73.2
Males	78.6	77.2	73.1
Females	80.0	75.1	73.2
Lifetime drug use (injecting and non-injecting)	95.2	93.9	95.3
Males	95.3	94.2	96.4
Females	95.2	93.5	93.5

As shown in the above table, the majority of the street youth smoked on a daily basis. The proportion of daily smokers was very high but decreased from 84.3% in 1999 to 78.8% in 2003. Less than 10% of street youth reported drinking every day. A high proportion, however, reported recent alcohol intoxication – defined as being drunk for one or more days – with this rate also decreasing from 1999 to 2003 (67.2% in 1999, 42.0% in 2001 and 36.6% in 2003).

2.11.1 Injecting drug use

More than 20% of street youth reported injecting drug use (IDU) in all survey years (Figure 33). The injection drugs most commonly used by street youth in the three months prior to the survey were cocaine, heroin, morphine and speedball (a combination of cocaine and heroin) (Table 5). This result is consistent with studies on injecting drug use in Canada, including I-Track.²⁸ In a study examining factors that were most likely to predict the initiation of IDU, recent homelessness was found to be the most important.²⁹

Figure 33. Injecting drug use among street youth

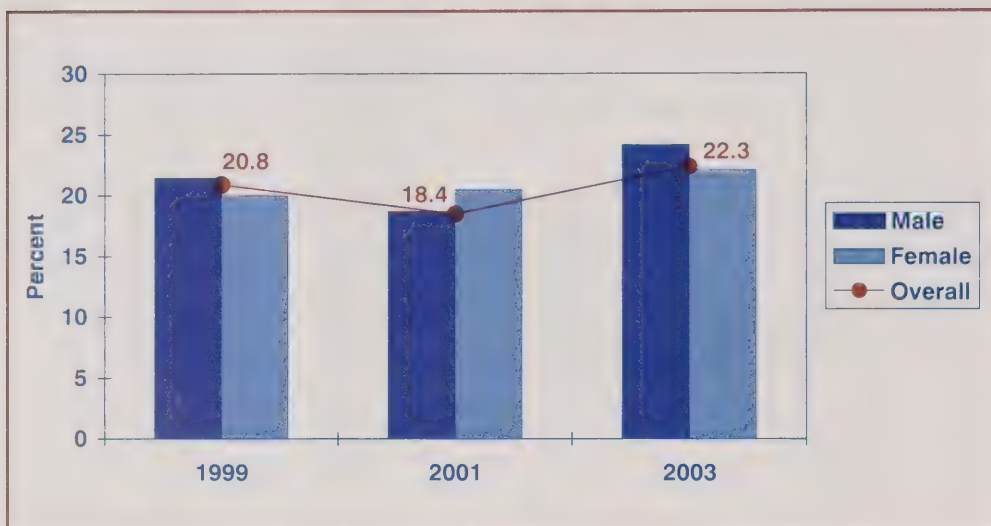


Table 5. Injection drugs most commonly used by injecting drug users in the previous 3 months

Drugs commonly injected	1999*	2001†	2003
	Percent		
Cocaine	21.2	56.3	37.7
Heroin	20.9	36.5	26.0
Morphine	9.4	42.3	34.4
Speedball	7.5	15.8	11.0
PCP	0.9	0.0	4.6
Alcohol	0.2	0.0	2.9

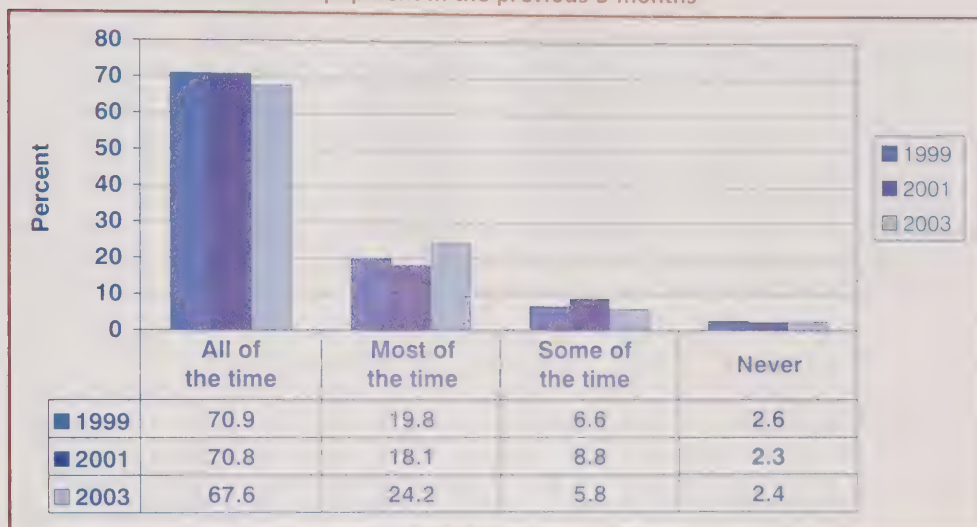
* Total percentages may not add up to 100% because there were large numbers of missing values. The questions was not well answered in 1999.

† In 2001 and 2003, youth were allowed to report more than one drug; therefore, total percentages may add up to more than 100%.

Respondents were asked to report how often they used clean needles or other injecting equipment in the previous three months. As shown in Figure 34, approximately one-third (30%) of IDUs reported not always using clean needles or equipment in that time frame.

Street youth were asked in 2003 if they had ever borrowed injecting equipment from someone else; 31% of injecting drug users reported that they had previously done so.

Figure 34. Use of clean needles or other drug injection equipment in the previous 3 months



2.11.2 Non-injecting drug use

A high proportion of street youth reported the use of drugs by means other than injection. Rates ranged from 79% in 1999 to 73% in 2003 (Figure 35). The non-injecting drugs most commonly used in the previous three months were marijuana, crack and other forms of cocaine, crystal methamphetamine ("crystal meth") and ecstasy (Table 6).

Figure 35. Non-injecting drug use among street youth

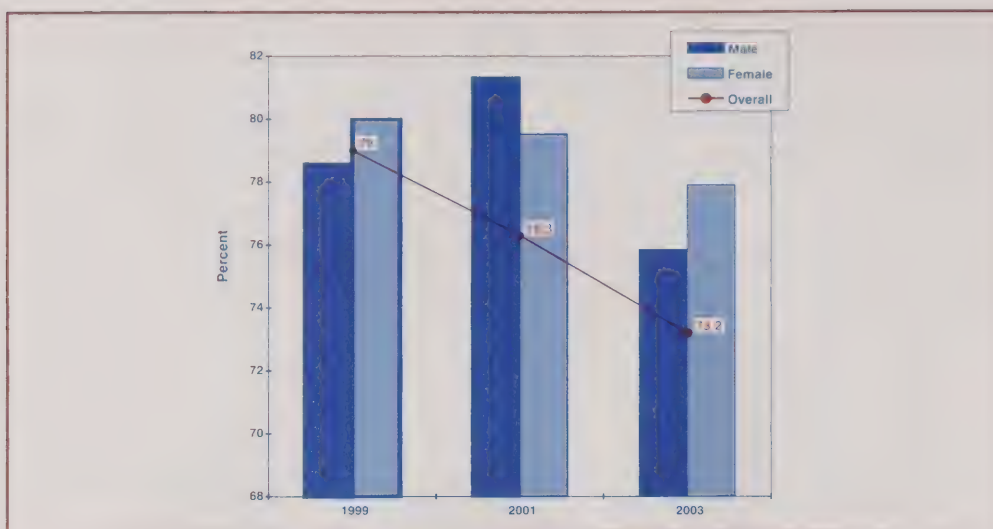


Table 6. Drugs most commonly used by non-injecting drug users in the previous 3 months

Drug	1999*	2001†	2003
	Percent		
Marijuana	66.6	81.8	78.3
Cocaine	2.2	1.6	5.1
Crack	1.5	3.0	5.8
Ecstasy	1.2	3.8	5.1
Crystal meth	2.3	3.7	6.6
LSD	2.8	0.0	2.3
Hashish	1.9	0.7	2.2

* Total percentages may not add up to 100% because there were large numbers of missing values. The questions was not well answered in 1999.

† In 2001 and 2003, youth were allowed to report more than one drug; therefore, total percentages may add up to more than 100%.



3. Implications for Interventions

Findings from E-SYS have significant implications for intervention in the street youth population. The majority of the street youth reported leaving home because of family problems, being thrown out of their home or abuse. These findings are in line with other studies that show that adolescents often leave home because of family problems, such as family violence and abuse, family conflict, and disagreements with caregivers about adolescent behaviours.^{17,25,29-30}

An integrated approach to developing and implementing intervention programs for the street youth population would go far in ensuring that these youth are able to get help they need in different areas. A multi-faceted approach addressing broader determinants of health is needed, as single-issue public health interventions are unlikely to address the root causes of risk behaviours. For example, street youth who experienced family problems and abuse may require protection and mental health services as opposed to correctional services when they come in contact with the judicial system.

Youth who do not have the benefit of supportive family ties come to depend upon same-age peers for support. Among homeless youth, the peers and associates that comprise their new social support system are likely to be troubled themselves. The result is a social network of same-age peers that, while supportive, may influence their newer members to adopt risky behaviours and subsistence strategies. A previous cross-cultural study of street youth showed that although participation in street networks may expose these youth to high risk behaviours, the networks serve a positive emotional function.²⁶

Prevention programs that identify and build on these positive social network ties – including ties to home and with peers who are not street involved – could both preserve important links to the community and school and reduce integration into street networks.²⁶ Facilitating supportive contacts with friends at home and in school may lead to housing solutions other than the family home while maintaining youth in familiar peer and school settings.

A considerable proportion of street youth (more than 70% in 2003) reported having had contact with their parents or caregivers in the previous three months. While not appropriate for all street youth, family bonds are a strength that could be built upon, as has been suggested in the literature on this area. The development of family-focused interventions that assist parents and siblings in providing supportive family interactions may be a viable early intervention strategy for newly homeless young people.³¹ Successful intervention when the family has not disintegrated beyond the point of reunification might prevent future homelessness.³¹ Though future research is needed before any recommendations are made on this possibility.

Adolescence is a time of risk taking, as part of the process of growing up. Young people are more likely to have concurrent relationships, monogamous relationships of short duration and a high frequency of new partners. All these factors are likely to increase transmission of STIs. Street youth are a sexually active population; they are more likely than non-street youth to report having had sexual intercourse before the age of 13.³² They are also more likely to have multiple sexual partners and to report inconsistent condom use.

It is important to provide adequate services to youth living on the street, to assist in capacity-building and to encourage them to engage in harm reduction activities, such as consistent condom use and having fewer sexual partners in order to reduce their risk of contracting or transmitting STIs and blood-borne infections. Our findings show that while STI rates are high, most street youth reported a low self-perceived risk of STIs.

Street youth reported use of substances such as cigarettes, alcohol and several drugs. The rates of non-injecting and injecting drug use among street youth make it clear that actions are needed to reduce the rates of substance abuse and to lessen the impact of social and physical harms associated with use of these substances. Early interventions for street youth about the dangers of injecting drug use and addiction could help prevent these youth from starting to inject drugs. Harm reduction approaches, together with facilitating a return to school or alternative education initiatives, also need to be available to street youth. There is also a need to work with the education system to identify youth who are at high risk of becoming street-involved and to offer preventive interventions.



4. Conclusion

Since its inception, the *Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth* (E-SYS) has revealed much about the street youth population. The surveillance data collected suggest that a multi-faceted approach, that integrates health programs and interventions aimed at addressing broader determinants of health, is needed. Such an approach could improve the quality of life of street youth and reduce the potential harms associated with living on the streets. Single-issue public health interventions are unlikely to address the root causes of these problems.

Homeless youth have often been found to come from high stress backgrounds and unstable living situations.¹⁷ What is common to many homeless youth is a troubled and complex past characterized by an unsupportive home life involving abuse, neglect and conflict. Street youth require both basic care and ongoing support if they are to set their lives towards achieving productive, self-enhancing goals and a useful place within their community.

Street youth become homeless for a variety of reasons: the most common ones are conditions at home. In most instances when youth have left home and become homeless, they report that their families are responsible for this action. Conflict between parents and youth and abuse are often cited as reasons for leaving home.¹⁸ While life on the streets may be dangerous, for some youth it may be safer than their home.²⁹

There is a need for further research on these youth's home life and the factors that lead them onto the street. Many homeless youth indicated that they had lost respect for their parents or caregivers for failing to provide them with due care, nurturing and protection from abuse and family violence.²⁹ As a result, these youth no longer accept the possibility of reuniting with their families.³¹ Life on the street can therefore become a solution to an intolerable family situation and other living environments.³⁰

This report highlights some national findings that could influence and shape prevention and control programs in the future. However, more data are needed to understand how such programs could best be designed to reach these youth when there are such competing stressors. Prevention and control programs need to be developed for use before youth reach the streets or get into trouble with the judicial system.

At a societal level, we expect that key social institutions – notably families, schools, the criminal justice system and health services – serve as sources of support and protective influence in preventing exposure to and accumulation of risks within the life development stages of youth and early adulthood.³² As findings from this and other studies have shown, most street youth do not see these as supportive and protective systems.

The purpose of E-SYS was to contribute to current research on street youth by providing a more complete assessment of their socio-demographic profile, their interaction with the social service and the judicial systems, their substance use patterns, including injecting drug use, their sexual behaviours, such as sexual partnering and condom use, and other risk determinants. It is hoped that our findings will also be of use in along the prevention and control of homelessness and associated risk factors in the street youth population.

5. References



1. Frankish CJ, Hwang SW, Quantz D. *Homelessness and Health in Canada: Research lessons and priorities*. Can J Public Health. 2005; s23-29.
2. Roy E, Haley N, Leclerc P, et al. *Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth*. Int J STD AIDS. 2000; 11:241-247.
3. Weber AE, Boivin J, Blaise L, et al. *HIV Risk Profile and Prostitution Among Female Street Youth*. J Urban Health. 2002; 79(4): 525-535.
4. DeMatteo D, Major C, Block B, Coates R, Fearon M, Goldberg E, et al. *Toronto street youth and HIV/AIDS: prevalence, demographics, and risks*. J Adolesc Health. 1999; 25(5):358-366.
5. Noell J, Rohde P, Ochs L, et al. *Incidence and Prevalence of Chlamydia, Herpes, and Viral Hepatitis in a Homeless Adolescent Population*. Sex Transm Dis. 2001; 28(1): 4-10.
6. US Department of Health and Human Services. *Sexual behavior among high school students – United States, 1990*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1992; 40(51):885-888.
7. CBC News. The fifth estate. No Way Home. 2004. Available from: http://www.cbc.ca/fifth/main_nowayhome_who.html.
8. King, A., Beazley, R., Warren, W., et al. *Canada Youth & AIDS Study*. 1989. Kingston, Queen's University.
9. Radford JL, King A, Warren WK. *Street Youth and AIDS*. 1989. Kingston, Queen's University.
10. Health Canada. *Horizons – Three young Canadians' alcohol and other drug use: Increasing our understanding*. Hewitt D, Vinje G, MacNeil P, editors; 2005. Cat. No. H39-307/3-1996E.
11. Poulin C, Alary M, Bernier F, et al. *Prevalence of Chlamydia and Gonorrhoea among at-risk women, young sex workers and street youth attending community organizations in Quebec City, Canada*. Sex Transm Dis. 2001; 28(8):437-443.
12. Greene JM, Ennett S, et al. *Prevalence and Correlates of Survival Sex Among Runaway and Homeless Youth*. Am J Public Health. 1999; 89(9):1406-1409.
13. Haley N, Roy E, Leclerc P, et al. *HIV risk profile of male street youth involved in survival sex*. Sex Transm Infect. 2004; 80:526-530.
14. Shields S, Wong T, Mann J, et al. *Prevalence and correlates of Chlamydia infection in Canadian street youth*. Journal of Adolescent Health. 2004; 34:384-390.

15. Roy E, Boivin JF, Haley N, Lemire N. *Mortality among street youth*. Lancet. 1998; 352:32.
16. Begin P, Casavant L, Chenier NM, Dupuis J. *Homelessness*. Parliamentary Research Branch, Library of Parliament; 1999.
17. Milburn NG, et al. *Predictors of close family relationships over one year among homeless young people*. J Adolesc. 2005; 28:263-275.
18. Kidd SA, Kral MJ. *Suicide and prostitution among street youth: a qualitative analysis*. Adolescence. 2002; 37(146):411-430.
19. Weber AE, Boivin J, Blaise L, et al. *HIV Risk Profile and Prostitution Among Female Street Youth*. J Urban Health. 2002; 79(4):525-535.
20. Raffaelli M, Koller SH. *Future expectations of Brazilian street youth*. J Adolesc. 2005; 28:249-262.
21. Clatts MC, Davis WR, Sotheran JL, Atillasoy A. *Correlates and distribution of HIV risk behaviours among homeless youths in New York City*. Child Welfare. 1998; 77(2): 195-207.
22. Public Health Agency of Canada. *Street Youth and Substance Use Report*. Ottawa; 2006.
23. Public Health Agency of Canada. *Sexually Transmitted and Blood-Borne Infections in Canadian Street Youth Report*. Ottawa; 2006.
24. Public Health Agency of Canada. *Hepatitis C and Injecting Drug Use Among Street Youth Report*. Ottawa; 2006.
25. Provincial and Territorial Ministers of Health. *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*. 1999. p. 71-90.
26. Johnson KD, Whitbeck LB, Hoyt DR. *Predictors of Social Network Composition Among Homeless and Runaway Adolescents*. J Adolesc. 2005; 28(2):231-248.
27. Public Health Agency of Canada. *2002 Canadian Sexually Transmitted Infections Surveillance Report*. CCDR. 2005; 31:S2.
28. Health Canada. *I-Track: Enhanced Surveillance of Risk Behaviours among Injecting Drug Users in Canada*. Pilot Survey Report. Ottawa; 2004.
29. Mallet S, Roseenthal D, Keys D. *Young People, Drug Use and Family Conflict: Pathways into homelessness*. J Adolesc. 2005; 28(2):185-199.
30. Robert M, Pauze R, Fournier L. *Factors Associated with Homelessness of Adolescents Under Supervision of the Youth Protection System*. J Adolesc. 2005; 28(2):215-230.
31. Slesnick N, Prestopnik J. *Ecologically Based Family Therapy Outcome With Substance Abusing Runaway Adolescents*. J Adolesc. 2005; 28(2):277-298.
32. Robinson AJ, Rogstad K. *Adolescence: A time of risk taking*, Editorial. Sex Transm Infect. 2002; 78:314-315.
33. Johnson TP, Aschkenasy JR, Herbers MR, et al. *Self-reported risk factors for AIDS among homeless youth*. AIDS Educ Prev. 1996; 8(4):308-322.

34. Clatts MC, Goldsamt L, Yi H, et al. *Homelessness and Drug Abuse Among Young Men Who Have Sex With Men in New York City: A preliminary epidemiological trajectory*. J Adolesc. 2005; 28(2):201-214.
35. Landis J, Koch GC. *The measurement of observer agreement for categorical data*. Biometrics. 1977; 33:159-174.
36. Roy E, Haley N, Lemire N, et al. *Hepatitis B virus infection among street youths in Montreal*. Can Med Assoc J. 1999; 161(6):689-693.
37. Strathdee SA. *Needle exchange is not enough: Lessons from the Vancouver injecting drug use study*. Patrick DM, Currie SL, Cornelisse PG, Rekart ML, Montaner JS, et al, editors. AIDS. 1997; 11(8):F59-F65.
38. Faugier J, Sargeant M. *Sampling hard to reach populations*. J Adv Nurs. 1997; 26(4):790-797.

Appendix

Methodology

Design and Recruitment

A pilot project launched in October 1998 (phase I) investigated the feasibility of studying the street youth population. The data from this phase were used to validate responses to similarly worded questions. The validity of responses was ascertained through the calculation of Kappa statistics. Interpretation indicated moderate agreement, as per the definition of Landis and Koch.³⁵ Additional questions were adapted from questionnaires used by Roy *et al.*³⁶ and the Vancouver Injection Drug Use Study (VIDUS),³⁷ which were tested and validated with similar populations. Local universities or hospital research ethics boards within each city where the study took place reviewed the study design and questionnaire. Informed consent was obtained from each youth prior to participation in the study.

Data collection was then conducted in large urban centres across Canada bi-annually, starting in 1999 (phase II) and continuing in 2001 (phase III) and 2003 (phase IV). Phases II and IV included Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, Toronto, Ottawa and Halifax. Vancouver was unable to participate in Phase III because of logistic issues. Cities that had participated in a previous phase of data collection were encouraged to be part of subsequent phases. Methodology regarding recruitment, inclusion criteria and laboratory methods remained consistent throughout the phases.

The questionnaire was modified at the start of each data collection phase to respond to new information obtained during the previous phase. Core questions, however, remained unchanged, allowing for time trend analyses of disease prevalence as well as key risk factors.

The recruitment of youth involved informal snowball sampling methods, where the study was well advertised and news of it passed verbally to potential participants, without the use of specific geographic sampling frames or direct linked referrals. This technique has been shown to be effective in hard-to-reach populations such as street youth.³⁸

The inclusion criteria encompassed the varying definitions of "street youth" adapted from the literature. Youth who were invited to participate in the study were those who

- were aged 15 to 24 years inclusively (i.e. participation on or after their 15th birthday and on or before their 25th birthday),
- had the ability to speak either French or English (the two official languages of Canada) and
- were not intoxicated (drugs and/or alcohol);

AND in the previous six months had

- been absent from their residence for at least three consecutive nights, OR
- run away from home or from another place of residence for three days or more, OR
- been thrown out of their home for three days or more, OR
- been without a fixed address for three days or more.

When creating this definition, the goal was to include youth who were on the street for varying lengths of time, as this variable is often an indicator of the frequency and types of risk behaviour.⁴

Participants were recruited through drop-in centres (at least two centres were involved per city), outreach work and mobile vans. The drop-in centres provided medical services, counselling and referrals to the youth at no cost and in an environment suitable for confidential discussions. Outreach nurses walked in the neighbourhoods where street youth gathered, recruiting both during the day and night. Mobile vans provided free condoms, clean needles and warm food. Nurses experienced in working with street youth were trained to ensure that recruitment was conducted using the same approach at all sites. Standardized training consisted of teleconferences with all nurses before and during the study period, which ensured that recruitment practices and questionnaire delivery remained uniform. A food voucher was given to each youth for participating in the study. Youth were permitted to enrol in the study only once during each data collection year.

Previous research on street youth had indicated that efforts to prevent STIs and blood-borne infections in this population are incomplete if the only data considered are related to sexual risk behaviours. As a result, other socio-demographic data were collected, including ethnic origin, current living situation, interactions with caregivers, income sources, drug and alcohol use, mental health, history of STIs and blood-borne infections, sexual experience and partnering, and unwanted sexual activity.

Participating youth were not prompted for responses regarding ethnicity and could identify themselves under more than one origin. From these responses, the definition of "self-identified Aboriginal" was developed. Self-identified Aboriginal street youth included those who identified themselves as solely or partially Native, including First Nations, Métis, Inuit and/or belonging to a particular Native people.

There were two interviewer-administered questionnaires. The first consisted of questions on demographics, lifestyle, sexual practices, attitudes and knowledge of risk behaviours and family history. This questionnaire took approximately one hour to complete. At any time during the administration of the questionnaire, an individual could withdraw from the study. All data collected were kept confidential.

In addition to the questionnaire, consenting youth were asked to provide a urine sample and a blood sample. Blood samples were tested in all years for hepatitis B and C virus and HIV; tests for human T-cell lymphotropic virus (HTLV), syphilis and herpes simplex virus types 1 and 2 were carried out in phases III and IV only. Urine samples were tested for *Chlamydia trachomatis* and *Nisseria gonorrhoea*. The laboratory testing for chlamydia, gonorrhoea, hepatitis B and syphilis was conducted locally. Tests for the remaining pathogens were performed at federal laboratories in Ottawa.

Those youth who chose not to provide a biological sample were still included in the study as long as they agreed to answer the questionnaire. If youth wanted solely to be tested for an STI or a blood-borne infection, they were directed to health services at the drop-in centre or local medical clinics. The test results were linked to the questionnaire by non-nominal study identification numbers. Youth who agreed to be tested were strongly encouraged to return to the drop-in centre or mobile van to hear their results for chlamydia, gonorrhoea, infectious syphilis and hepatitis B. For HIV, hepatitis C and HTLV, it was recommended that youth with risk factors go to clinics or other testing sites to get counselling, testing and results.

If necessary, a second questionnaire on issues related to partner notification barriers was administered as a follow-up to youth whose urine or blood sample tested positive for STIs or blood-borne infections.

Youth who tested positive for chlamydia, gonorrhoea or infectious syphilis were offered free counselling and treatment. Youth with no natural or vaccine-induced immunity against hepatitis B were referred for hepatitis B immunization. All treatments and referrals were made in accordance with professional standards and provincial public health guidelines. Partner notification was carried out in accordance with public health guidelines.

Laboratory Testing

Urine specimens were transported in a cooler kept at -4°C until testing at a central laboratory within each of the seven cities. Specimens were processed by using the Roche Amplicor polymerase chain reaction (PCR) test for gonorrhoea and chlamydia according to the manufacturer's instructions. To prevent contamination, pre- and post-PCR areas in the laboratory were physically separated and the workflow was unidirectional. Dedicated pipettes and other supplies were used in conjunction with frequent glove changes to prevent cross-contamination. For quality assurance, each PCR run included positive and negative controls.

Blood was tested at local laboratories for hepatitis B and syphilis, while the remaining sera were spun down and stored for shipment to the National HIV and Retrovirology Laboratory in Ottawa. Testing of sera was done in Ottawa for hepatitis C, herpes simplex virus types 1 and 2, HIV and HTLV. All tests were ELISA-based.

A first catch urine specimen (10–20 mL) was collected from the youth to test for chlamydia and gonorrhoea. The Roche Amplicor PCR test was used for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. PCR testing of urine for *Chlamydia trachomatis* has a sensitivity of $>90\%$ and a specificity of $>99\%$. Herpes simplex virus (HSV) was screened using HSV I/II EIA (Meridian); repeatedly reactive and discordant results on EIA were confirmed by type-specific line immunoassay (MRL Diagnostics). Hepatitis C virus (HCV) was screened using Ortho HCV 3.0 EIA; repeatedly reactive results on EIA were resolved by immunoblot (HCV 3.0 RIBA) assay. PCR testing was used to detect recent seroconversion if RIBA (v3) was indeterminate. Testing was also done for hepatitis B virus (HBV) serology markers (antibodies to HBV surface antigen and core antigen). Syphilis testing was performed using serological testing (RPR-VDRL) followed by confirmatory testing (FTA-ABS/MHA-TP).

Statistical Analysis

Data from phases II and III were entered in a custom database designed using Microsoft Access 97 (Microsoft Corporation, Redmond, WA). Phase IV data were stored in a custom Oracle database. Statistical analyses were performed using SAS v6.03 and v8e for Windows (SAS Institute, Carey, NC).

The tests of association used were chi-square or Fisher's exact for discrete variables, Kruskal-Wallis for non-normally distributed continuous variables, and *t*-tests for normally distributed continuous variables. A two-tailed *p*-value of < 0.05 was defined as statistically significant for univariate analysis.

The proportions presented for each variable in the questionnaire are based on the number of youth who answered the specific question or the number of youth who provided blood or urine samples. For the purposes of this report, younger youth are defined as youth aged 15–19 years while older youth are defined as youth aged 20–24 years.

Analysis Terms

Univariate analysis: A statistical analysis that examines one factor or variable at a time. Univariate analysis was conducted using the chi-square test for heterogeneity or Fisher's exact for discrete variables, Kruskal-Wallis for non-normally-distributed continuous variables, and t-tests for normally distributed continuous variables. Statistically significant relationships are defined in univariate analyses by a p-value of < 0.05 and are denoted by (§) in the report.

Limitations

E-SYS has several limitations that should be noted.

- First is its cross-sectional design. As is the case for all cross-sectional research, it does not allow causality to be established.
- Second, the sample is limited to seven urban centres across Canada. We view this as both a strength and a limitation. It is a strength in that it documents the presence and the plight of street youth in cities where they are most often situated. The limitation is that the findings may not be applicable to other geographic areas or cities or to less populated areas.
- Third, the recruitment of youth involved informal snowball sampling methods, where the study was well advertised and news of it passed verbally to potential participants, without the use of specific geographic sampling frames or direct linked referrals. While this technique has been shown to be effective in hard-to-reach populations such as street youth, it could result in a selection bias.
- Finally, findings were based on self-reported data. As such, veracity of the information provided could not be established except for specific STIs and blood-borne infections, for which blood or urine testing was performed. Also, street youth in this sample may have been reluctant to report socially undesirable behaviours such as unprotected sex, commercial sex trade work and injecting drug use and as a consequence, these behaviours may have been under-reported.

La SAJR présente plusieurs limites, qui devraient être soulignées.

Premièrement, elle est de nature transversale. Comme toutes les études transversales, elle ne permet pas d'établir la causalité.

Deuxièmement, l'échantillon est restreint à sept grandes villes au Canada. Nous considérons cet aspect à la fois comme une force et une faiblesse. Sa force réside dans le fait qu'il renseigne sur la présence des jeunes de la rue dans les villes où ils se retrouvent généralement, de même que sur les difficultés auxquelles ils font face. Sa faiblesse est que les résultats ne s'appliquent pas nécessairement à d'autres régions géographiques ou à des régions moins peuplées.

Troisièmement, les jeunes ont été recrutés au moyen de la technique non structurée de sondage en boule de neige. L'étude ayant fait l'objet d'une bonne publicité et ayant été annoncée véritablement aux participants potentiels, aucune base de sondage géographique particulière ou processus d'arbitrage direct n'ayant été utilisés. Bien que cette technique se soit révélée efficace dans le cas de populations difficiles à joindre comme les jeunes de la rue, elle pourrait entraîner un biais de sélection.

Enfin, les conclusions sont fondées sur des données autodéclarées. En l'occurrence, la véracité des renseignements fournis n'a pu être établie, sauf dans le cas d'ITS et de pathogènes transmissibles par le sang particuliers, pour lesquels des analyses de sang et d'urine ont été effectuées. De plus, les jeunes de la rue composant cet échantillon étaient peut-être reticents à faire état de comportements répréhensibles socialement, comme avoir des relations sexuelles non protégées, s'adonner au commerce du sexe et s'injecter des drogues et, par conséquent, ces comportements ont peut-être été sous-déclarés.

pour détecter *Chlamydia trachomatis* dans l'urine a une sensibilité de > 90 % et une spécificité de > 99 %. La détection des anticorps du virus *Herpes simplex* (VHS) a été effectuée au moyen d'un dosage immunoenzymatique (EIA) VHS I/II (Meridian); les résultats positifs répétés et discordants à l'EIA ont été confirmés par dosage immunologique à paramètres multiples (MRL Diagnostics) spécifiques au sérotype. Le dépistage des anticorps du virus de l'hépatite C (VHC) a été effectué au moyen du dosage immunoenzymatique Ortho HCV 3.0 EIA; les résultats positifs répétés à l'EIA ont été confirmés par immunotransfert (HCV 3.0 RIBA). On a utilisé un test PCR pour détecter toute séroconversion récente dans les cas où le résultat du test RIBA (v3) était indéterminé. On a en outre effectué des tests de détection des marqueurs sérologiques de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) (anticorps contre l'antigène de surface et l'antigène capsidique du VHB). On a effectué un test de dépistage sérologique de la syphilis (RPR/VDRL), suivi d'un test de confirmation (FTA-ABS/MHA-TP).

Analyse statistique

Les données des phases II et III ont été entrées dans une base de données créée au moyen de Microsoft Access 97 (Microsoft Corporation, Redmond, WA). Quant aux données de la phase IV, elles ont été entrées dans une base de données Oracle adaptée aux besoins de l'étude. Les analyses statistiques ont été réalisées au moyen des v6.02 et v8 du système SAS en environnement Windows (SAS Institute, Cary, NC). Les tests d'association utilisés étaient le test du chi carré ou la méthode exacte de Fisher pour les variables discrètes, le test Kruskal-Wallis pour les variables continues qui n'étaient pas distribuées normalement, et le test t pour les variables continues distribuées normalement. Une valeur p bilatérale < 0,05 a été considérée comme statistiquement significative à des fins d'analyse à une variable.

Les pourcentages présentés pour chaque variable dans le questionnaire sont basés sur le nombre de jeunes qui ont répondu à la question ou sur le nombre de jeunes qui ont fourni les échantillons de sang ou d'urine. Pour les besoins de ce rapport, les plus jeunes parmi les jeunes sont ceux de 15 à 19 ans, tandis que les plus âgés sont ceux de 20 à 24 ans.

Terminologie des analyses

L'analyse à une variable est une analyse statistique qui examine un seul facteur ou une seule variable à la fois. Dans le présent rapport, on a effectué une analyse à une variable au moyen du test du chi carré portant sur l'hétérogénéité ou de la méthode exacte de Fisher pour les variables discrètes, du test Kruskal-Wallis pour les variables continues qui n'étaient pas distribuées normalement, et du test t pour les variables continues distribuées normalement. Les relations statistiquement significatives dans les analyses à une variable sont définies par une valeur p < 0,05 et représentées par le symbole (\$) dans le présent rapport.

Un échantillon d'urine recueilli en début de jet (10-20 mL) a été fourni par les jeunes aux fins des tests de dépistage de la chlamydiose et de la gonorrhée. Le test PCR Amplicor de Roche a été utilisé pour détecter *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*. Le test PCR utilisé la technique ELISA.

serologiques ont été effectuées à Ottawa pour le dépistage du virus de l'hépatite C, du virus Herpes simplex types 1 et 2, du VIH et du HTLV. Tous les tests ont été effectués au moyen de l'expédition au Laboratoire national du VIH et de rétrovirologie à Ottawa. Les tests syphilitiques dans des laboratoires locaux, tandis que le sérum restant a été conservé pour On a analysé les échantillons de sang aux fins du dépistage du virus de l'hépatite B et de la de la qualité, chaque test PCR effectué comportait des témoins positifs et négatifs.

changements de gants afin d'éviter toute contamination croisée. Dans le cadre de l'assurance et d'autres fournitures spécialement réservées à ces tests et on a procédé à de fréquents laboratoire et assuré un déroulement unidirectionnel des opérations. On a utilisé des pipettes à séparer physiquement les aires utilisées avant et après l'exécution du test PCR dans le détecter *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*. Pour éviter toute contamination, on test PCR Amplicor de Roche a été utilisé conformément aux instructions du fabricant pour jusqu'à ce qu'ils soient analysés par un laboratoire central dans chacune des sept villes. Les échantillons d'urine ont été transportés et conservés dans une glacière maintenue à -4°C

Tests en laboratoire

effectuée conformément aux lignes directrices en matière de santé publique. directrices provinciales en matière de santé publique. La notification aux partenaires a été services d'accompagnement ont été fournis conformément aux normes professionnelles et aux lignes B ont été adressées à des services de vaccination contre cette maladie. Tous les traitements et jeunes qui n'avaient aucune immunité, naturelle ou induite par la vaccination, contre l'hépatite syphilitique ont reçu des services de counseling et de traitement gratuitement. Les Les jeunes qui ont obtenu des résultats positifs pour la chlamydiose, la gonorrhée ou la analyses d'urine ou de sang.

obtenu des résultats positifs pour les ITS et les pathogènes transmissibles par le sang aux Au besoin, un deuxième questionnaire concernant les questions liées aux obstacles à la notification aux partenaires a été administré, à titre de suivi, dans le cas des jeunes ayant tests pour obtenir des services de counseling, des tests, de même que les résultats des tests. aux jeunes présentant des facteurs de risque de s'adresser à une clinique ou d'autres lieux de l'hépatite B. En ce qui concerne le VIH, le virus de l'hépatite C et le HTLV, il a été recommandé tests de dépistage de la chlamydiose, de la gonorrhée, de la syphilis infectieuse et de à se présenter à la halte-accueil ou à la fourgonnette mobile pour obtenir les résultats de leurs moyen de codes. Les jeunes qui ont accepté de subir des tests ont été fortement encouragés résultats des tests ont été relayés aux questionnaires selon une formule non nominative, au était dirigée vers les services de santé de la halte-accueil ou une clinique médicale locale. Les l'étude, sous réserve du consentement à répondre au questionnaire. Si le jeune voulait Les jeunes qui n'ont pas fourni d'échantillons biologiques ont néanmoins été inclus dans pathogènes ont été effectués dans des laboratoires fédéraux à Ottawa.

gynécologues. Les tests de dépistage de la chlamydiose, de la gonorrhée, de l'hépatite B et de la syphilis ont été effectués dans des laboratoires locaux. Les tests de dépistage des autres

- avoir été chassées de chez eux durant trois jours ou plus,
- avoir été sans adresse fixe durant trois jours ou plus.

En créant cette définition, notre objectif était de tenir compte de la durée de la période passée dans la rue, étant donné que cette variable est généralement un indicateur de la fréquence et des types de comportements à risque⁴.

Les participants ont été recrutés par l'intermédiaire de haltes-accueil (au moins deux centres par ville), de services d'approche et de fourgonnettes mobiles. Les haltes-accueil ont fourni des services médicaux et des services de counseling et d'ajustement aux jeunes gratuitement et dans un environnement permettant de discuter en toute confidentialité. Des infirmières itinérantes ont arpenté les quartiers où les jeunes de la rue se rassemblaient, recrutant durant le jour et la nuit. Des fourgonnettes mobiles ont été utilisées pour distribuer gratuitement des condoms, des seringues propres et des aliments chauds. Des infirmières expérimentées dans l'intervention auprès des jeunes de la rue ont reçu une formation visant à assurer l'utilisation de la même méthode de recrutement dans tous les quartiers. La formation normalisée, fournie dans le cadre de téléconférences auxquelles participaient toutes les infirmières avant et durant la période de l'étude, a permis de veiller à ce que les méthodes de recrutement et l'administration du questionnaire soient uniformes. Un bon alimentaire a été donné à chaque jeune pour sa participation à l'étude. Les jeunes ne pouvaient participer à l'étude qu'une seule fois au cours de chacune des années de collecte des données.

Des études antérieures sur les jeunes de la rue avaient révélé que les interventions visant à prévenir les ITS et les infections transmissibles par le sang dans cette population ne sont pas optimales si seules les données liées aux comportements sexuels à risque sont prises en compte. Par conséquent, d'autres données socio-démographiques ont été recueillies, dont l'origine ethnique, les conditions de vie actuelles, les interactions avec les parents ou parents-substituts, les sources de revenus, la consommation de drogues et d'alcool, la santé mentale, les antécédents d'ITS et d'infections transmissibles par le sang, les relations et les partenaires sexuels, et les activités sexuelles non désirées.

Les réponses concernant l'origine ethnique n'ont pas été « suggérées » aux participants, qui ont pu, en l'occurrence, indiquer plusieurs origines ethniques. La définition d'« Autochtone autodéclaré » a été élaborée à partir de ces réponses. Les jeunes de la rue qui se sont identifiés comme Autochtones comprenaient ceux qui se sont identifiés comme étant exclusivement ou partiellement autochtones, y compris les membres des Premières nations, les Métis, les Inuits et/ou les membres d'un peuple autochtone particulier.

Les données ont été recueillies au moyen de deux questionnaires remplis par des intervieweurs. Le premier questionnaire comprenait des questions sur les données démographiques, le style de vie, les pratiques sexuelles, les attitudes et les connaissances concernant les comportements à risque, et les antécédents familiaux. Il fallait environ une heure pour remplir ce questionnaire. Le répondant pouvait se retirer de l'étude en tout temps durant l'administration du questionnaire. Toutes les données recueillies ont été gardées confidentielles.

En plus de répondre au questionnaire, les jeunes ont fourni, sur une base facultative, un échantillon d'urine et de sang. Durant toutes les années de l'étude, on a analysé des échantillons de sang en vue de détecter la présence du virus de l'hépatite B et C et du VIH; on a effectué des tests de détection du virus T-lymphotrope humain (HTLV), de la syphilis et du virus *Herpes simplex* types 1 et 2 dans le cadre des phases III et IV seulement. On a analysé

Plan et recrutement

Un projet pilote lance en octobre 1998 (phase I) a examiné la faisabilité d'une étude sur la population des jeunes de la rue. Les données recueillies dans le cadre de cette phase ont été utilisées pour valider les réponses à des questions dont le libellé était semblable. La validité des réponses a été vérifiée au moyen du calcul des statistiques de Kappa. L'interprétation a fait état d'une concordance modérée, selon la définition de Landis et Koch³⁵. Des questions rationnelles, insérées dans des questionnaires utilisés par Roy et coll.³⁶ et la Vancouver Injection Drug Use Study (VIDUS)³⁷, ont été vérifiées et validées auprès de populations semblables. Des universités ou des comités d'éthique de la recherche d'hôpitaux locaux dans chacune des villes où l'étude a été menée ont examiné le plan et le questionnaire de l'étude. Le consentement éclairé de chaque jeune a été obtenu préalablement à sa participation à l'étude.

Des données ont ensuite été recueillies dans plusieurs grandes villes d'un bout à l'autre du Canada, aux deux ans, d'abord en 1999 (phase II), puis en 2001 (phase III) et en 2003 (phase IV). Les phases II et IV comprenaient Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, Toronto, Ottawa et Halifax. Vancouver n'a pu participer à la phase III pour des raisons logistiques. Les villes qui avaient participé à une phase antérieure de la collecte de données ont été invitées à participer aux phases suivantes. On a utilisé les mêmes méthodes de recrutement, critères d'inclusion et méthodes de laboratoire pour toutes les phases.

Au début de chaque phase de collecte de données, on a modifié le questionnaire pour tenir compte des renseignements nouveaux, obtenus durant la phase précédente. Cependant, les questions de base sont restées inchangées, ce qui a permis d'effectuer des analyses des tendances temporelles concernant la prévalence des maladies, de même que les principaux facteurs de risque.

Les jeunes ont été recrutés au moyen de la technique non structurée de sondage en boule de neige. L'étude ayant fait l'objet d'une bonne publicité et ayant été annoncée verbalement aux participants potentiels, aucune base de sondage géographique particulière ou processus d'échantillonnage direct n'ayant été utilisés. Cette technique s'est révélée efficace dans le cas de populations difficiles à joindre comme les jeunes de la rue³⁸.

Les critères d'inclusion englobaient les différentes définitions de « jeune de la rue » adaptées de la littérature. Les répondants devaient :

- avoir entre 15 et 24 ans inclusivement (c.-à-d. participer le jour de leur 15^e anniversaire ou après et le jour de leur 25^e anniversaire ou avant),
 - pouvoir s'exprimer en français ou en anglais (les deux langues officielles du Canada), et
 - ne pas être intoxiqués (drogues et/ou alcool);
- ET devaient, au cours des six mois précédents :
- avoir été assentis du domicile familial durant au moins trois nuits consécutives, OU
 - s'être entus de chez eux ou d'un autre logement durant trois jours ou plus, OU

34. Clatts MC, Goldsamt L, Yi H, et al. *Homelessness and Drug Abuse Among Young Men Who Have Sex With Men in New York City: A preliminary epidemiological trajectory.* J Adolesc. 2005; 28(2) : 201-214.
35. Landis J, Koch GC. *The measurement of observer agreement for categorical data.* Biometrics. 1977; 33 : 159-174.
36. Roy E, Haley N, Lemire N, et al. *Hepatitis B virus infection among street youths in Montreal.* Can Med Assoc J. 1999; 161(6) : 689-693.
37. Strathdee SA. *Needle exchange is not enough: Lessons from the Vancouver injecting drug use study.* Patrick DM, Currie SL, Cornelisse PG, Rekart ML, Montaner JS, et al, éditeurs. AIDS. 1997; 11(8) : F59-F65.
38. Faugier J, Sargeant M. *Sampling hard to reach populations.* J Adv Nurs. 1997; 26(4) : 790-797.

15. Roy E, Bouchard F, Hogg N, Lejune N. *Mortality among street youth*. Lancet. 1998; 352 : 32.
16. Babin P, Chawhan L, Chertier NM, Dupuis J. *Homelessness*. Parliamentary Research Branch, Library of Parliament; 1999.
17. Milburn NG, et al. *Prevalence of close family relationships over one year among homeless young people*. J Adolesc. 2005; 28 : 263-275.
18. Kidd SA, Kral MJ. *Survival and prostitution among street youth: a qualitative analysis*. Adolescence. 2002; 37(146) : 411-430.
19. Weber AE, Brown J, Bates L, et al. *HIV Risk Profile and Prostitution Among Female Street Youth*. J Urban Health. 2002; 79(4) : 525-535.
20. Raffaelli M, Koller SH. *Future expectations of Brazilian street youth*. J Adolesc. 2005; 28 : 249-262.
21. Glass MC, Davis WB, Sothman JL, Antillasoy A. *Correlates and distribution of HIV risk behaviours among homeless youths in New York City*. Child Welfare. 1998; 77(2) : 195-207.
22. Agence de santé publique du Canada. *Toxicomanie chez les jeunes de la rue au Canada*. Ottawa; 2006.
23. Agence de santé publique du Canada. *Infections transmises sexuellement chez les jeunes de la rue au Canada*. Ottawa; 2006.
24. Agence de santé publique du Canada. *Hépatite C et consommation de drogues injectables chez les jeunes de la rue au Canada*. Ottawa; 2006.
25. Provincial and Territorial Ministers of Health. *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*. 1999; p. 71-90.
26. Johnson KD, Whitebeck LB, Hoyt DR. *Predictors of Social Network Composition among Homeless and Runaway Adolescents*. J Adolesc. 2005; 28(2) : 231-248.
27. Agence de santé publique du Canada. *2002 Canadian Sexually Transmitted Infections Surveillance Report*. CCDR. 2005; 31 : S2.
28. Santé Canada. *Track: Enhanced Surveillance of Risk Behaviours among Injecting Drug Users in Canada*. Pilot Survey Report. Ottawa; 2004.
29. Mallet S, Rosenthal D, Keyes D. *Young People, Drug Use and Family Conflict: Pathways into homelessness*. J Adolesc. 2005; 28(2) : 185-199.
30. Robert M, Pauze R, Fournier L. *Factors Associated With Homelessness of Adolescents Under Supervision of the Youth Protection System*. J Adolesc. 2005; 28(2) : 215-230.
31. Slesnick N, Prestopnik J. *Ecologically Based Family Therapy Outcome With Substance Abusing Runaway Adolescents*. J Adolesc. 2005; 28(2) : 277-298.
32. Robinson AJ, Rogstad K. *Adolescence: A time of risk taking*. Editorial. Sex Transm Infect. 2002; 78 : 314-315.
33. Johnson TP, Aschkenasy JH, Herders MR, et al. *Self-reported risk factors for AIDS among homeless youth*. AIDS Educ Prev. 1996; 8(4) : 308-322.



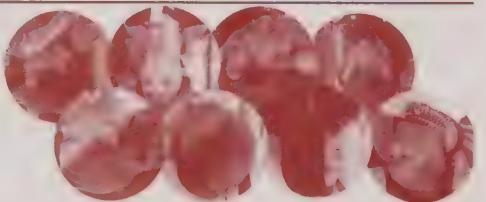
5. Bibliographie

1. Frankish CJ, Hwang SW, Quantz D. *Homelessness and Health in Canada: Research lessons and priorities*. Can J Public Health. 2005; s23-29.
2. Roy E, Haley N, Leclerc P, et al. *Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth*. Int J STD AIDS. 2000; 11 : 241-247.
3. Weber AE, Boivin J, Blaise L, et al. *HIV Risk Profile and Prostitution Among Female Street Youth*. J Urban Health. 2002; 79(4) : 525-535.
4. DeMatteo D, Major C, Block B, Coates R, Fearon M, Goldberg E, et al. *Toronto street youth and HIV/AIDS: prevalence, demographics, and risks*. J Adolesc Health. 1999; 25(5): 358-366.
5. Noell J, Rohde P, Ochs L, et al. *Incidence and Prevalence of Chlamydia, Herpes, and Viral Hepatitis in a Homeless Adolescent Population*. ex Transm Dis. 2001; 28(1) : 4-10.
6. US Department of Health and Human Services. *Sexual behavior among high school students – United States, 1990*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1992; 40(51) : 885-888.
7. CBC News. *The fifth estate*. No Way Home. 2004. Available from: http://www.cbc.ca/fifth/main_nowayhome_who.html.
8. King, A, Beazley, R, Warren, W, et al. *Canada Youth & AIDS Study*. 1989. Kingston, Université Queen's.
9. Radford JL, King A, Warren WK. *Street Youth and AIDS*. 1989. Kingston, Université Queen's.
10. Santé Canada. *Horizons – Three young Canadians' alcohol and other drug use: Increasing our understanding*. Hewitt D, Vinje G, MacNeill P, éditeurs; 2005. n° de cat. H39-307/3-1996E.
11. Poulin C, Alary M, Bernier F, et al. *Prevalence of Chlamydia and Gonorrhoea among at-risk women, young sex workers and street youth attending community organizations in Quebec City, Canada*. Sex Transm Dis. 2001; 28(8) : 437-443.
12. Greene JM, Ennett S, et al. *Prevalence and Correlates of Survival Sex among Runaway and Homeless Youth*. Am J Public Health. 1999; 89(9) : 1406-1409.
13. Haley N, Roy E, Leclerc P, et al. *HIV risk profile of male street youth involved in survival sex*. Sex Transm Infect. 2004; 80 : 526-530.
14. Shields S, Wong T, Mann J, et al. *Prevalence and correlates of Chlamydia infection in Canadian street youth*. Journal of Adolescent Health. 2004; 34 : 384-390.

La plupart des jeunes de la rue sont d'avis que ces systèmes ne leur offrent pas actuellement cette aide et cette protection.

La SAJR visait à contribuer aux études courantes sur les jeunes de la rue en fournissant une analyse plus détaillée de leurs caractéristiques socio-démographiques, de leurs interactions avec les services sociaux et le système judiciaire, de leurs comportements sexuels, comme leurs relations avec leurs partenaires sexuels et l'utilisation de condoms, et d'autres déterminants du risque. Il est à espérer que nos conclusions contribueront également à prévenir et à combattre les facteurs de risque liés à l'itinérance, de même que les facteurs de risque sous-jacents, dans la population des jeunes de la rue.

4. Conclusions



Depuis son lancement, la *Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada* (SAJR) nous a beaucoup appris sur la population des jeunes de la rue. Les données de surveillance recueillies indiquent qu'il faut adopter une approche multidimensionnelle, intégrant des programmes et des interventions en santé visant à tenir compte des grands déterminants de la santé. Une telle approche pourrait éventuellement améliorer la qualité de vie des jeunes de la rue et réduire les dangers potentiels associés à la vie dans la rue. Il est peu probable que des interventions de santé publique axées sur un seul aspect s'attaquent aux causes fondamentales de ces problèmes.

On a constaté que les jeunes sans abri ont généralement eu une enfance difficile et des conditions de vie instables¹⁷. Un grand nombre de jeunes de la rue ont en commun un passé lourd et complexe, étant issus d'un milieu familial défavorable caractérisé par la violence, la négligence et les conflits. Les jeunes de la rue ont besoin de soins de base et d'un soutien continu pour pouvoir mener une vie productive, s'épanouir et jouer un rôle utile dans leur communauté.

Les jeunes décident de vivre dans la rue pour diverses raisons, dont les plus courantes sont les conditions de vie à la maison. La plupart des jeunes qui ont quitté le domicile familial pour vivre dans la rue estiment que leur famille est responsable de leur départ. Les conflits avec leurs parents et la violence subie sont souvent cités comme raisons du départ du domicile familial^{17,29}. Bien que la vie dans la rue puisse être dangereuse, certains jeunes la considèrent plus sûre que la vie chez leurs parents²⁹.

Il faut effectuer d'autres études sur les conditions de vie de ces jeunes à la maison, de même que sur les facteurs qui ont motivé leur décision de vivre dans la rue. Un grand nombre de jeunes sans abri ont mentionné qu'ils n'avaient plus de respect pour leurs parents ou leurs parents-substitués, auxquels ils reprochaient de ne pas leur avoir fourni dûment les soins, le soutien et la protection contre les abus et la violence familiale²⁹. Dans les circonstances, ces jeunes ne peuvent envisager la possibilité de réintégrer le domicile familial³¹. La vie dans la rue peut alors devenir une solution de rechange à un milieu familial et à d'autres milieux de vie intolérables³⁰.

Le présent rapport souligne certaines conclusions nationales qui pourraient inspirer et façonner les programmes de prévention et de lutte dans l'avenir. Cependant, il faut obtenir plus de données pour pouvoir élaborer les meilleurs programmes possibles pour joindre ces jeunes, compte tenu des nombreux problèmes concurrents. Il faut élaborer des programmes de prévention et de lutte qui seront mis en œuvre avant que les jeunes se retrouvent dans la rue ou aient des démêlés avec le système judiciaire.

À l'échelle de la société, nous nous attendons à ce que les institutions sociales clés – notamment la famille, le système d'éducation, le système de justice pénale et le système de santé – contribuent à aider les jeunes et à les protéger contre l'exposition répétée à des risques au cours des différentes étapes de leur jeunesse et des premières années de leur vie adulte³⁴. Comme les conclusions de la présente étude et d'autres études l'ont démontré, la

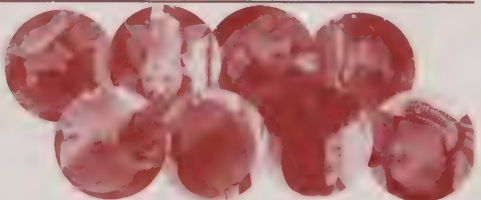
ne s'est pas désintégré au point d'exclure toute possibilité de réintégration, peut éventuellement empêcher l'itinérance future³¹, bien qu'il faille mener d'autres études avant de faire des recommandations à cet égard.

L'adolescence est une période où l'on prend des risques; cela fait partie du processus de croissance. Les jeunes sont plus susceptibles d'entretenir plusieurs relations simultanées, des relations morganes de courte durée et un grand nombre de nouveaux partenaires. Tous ces facteurs peuvent accroître le risque de transmission d'ITS³². Les jeunes de la rue sont une population sexuellement active; ils sont plus nombreux que les jeunes qui ne vivent pas dans la rue à déclarer avoir eu des relations sexuelles avant l'âge de 13 ans^{11,33}. Ils sont également plus nombreux à avoir plusieurs partenaires sexuels et à déclarer utiliser un condom sur une base irrégulière.

Il est important de fournir des services appropriés aux jeunes qui vivent dans la rue, de les aider à mettre leur potentiel en valeur et de les encourager à adopter des approches de réduction des préjudices, comme l'utilisation systématique du condom et la réduction du nombre de partenaires sexuels, afin de réduire le risque de contracter ou de transmettre des ITS et des infections transmissibles par le sang. Notre étude révèle que bien que les taux d'ITS soient élevés, la plupart des jeunes de la rue ont déclaré se considérer comme étant à faible risque d'ITS.

Les jeunes de la rue ont utilisé des substances comme des cigarettes, de l'alcool et plusieurs drogues. Compte tenu des taux d'utilisation de drogues (par injection ou autrement) chez les jeunes de la rue, il est clair que des mesures doivent être prises pour réduire les taux de toxicomanie et atténuer les répercussions des préjudices sociaux et physiques associés à l'utilisation de ces substances. Des interventions précoces auprès des jeunes de la rue visant à informer ces derniers des risques liés à l'injection de drogues et aux toxicomanies pourraient contribuer à les empêcher de commencer à s'injecter des drogues. Les approches de réduction des préjudices, conjuguées à la facilitation d'un retour à l'école ou d'autres modalités d'apprentissage, doivent également être accessibles aux jeunes de la rue. Il faut en outre collaborer avec le système d'éducation en vue d'identifier les jeunes qui sont à risque de vivre dans la rue et de prendre des mesures de prévention.

3. Incidence sur les interventions



Les constatations dégagées de la SAJR sont d'une importance capitale aux fins des interventions auprès de la population des jeunes de la rue. La majorité des jeunes de la rue ont déclaré avoir quitté le domicile familial en raison de problèmes familiaux, parce qu'ils avaient été chassés du domicile familial ou avaient été victimes de violence. Ces constatations concordent avec celles d'autres études qui indiquent que les adolescents quittent souvent le domicile familial en raison de problèmes familiaux, comme la violence familiale, les conflits familiaux et les différends avec les parents-substituts concernant les comportements des adolescents^{17,25-29-30}.

Une approche intégrée de l'élaboration et de l'exécution de programmes d'intervention à l'intention de la population des jeunes de la rue contribuerait grandement à faciliter l'accès de ces jeunes à l'aide dont ils ont besoin dans différents domaines. Une approche à volets multiples axée sur les grands déterminants de la santé s'impose, car il est peu probable que des interventions de santé publique axées sur un seul aspect s'attaquent aux causes fondamentales des comportements à risque. Par exemple, les jeunes de la rue qui ont été victimes de violence et ont connu des problèmes familiaux pourraient avoir besoin de services de protection et de services de santé mentale, plutôt que de services correctionnels lorsqu'ils ont des démêlés avec le système judiciaire.

Les jeunes qui ne peuvent compter sur l'appui et l'aide de leur famille finissent par se tourner vers des pairs du même âge. Or, chez les jeunes sans abri, les pairs et les relations sociales qui composent ce nouveau réseau de soutien social sont généralement des personnes qui ont elles-mêmes des problèmes. Il en résulte un réseau social de jeunes du même âge qui, bien qu'il permette un soutien mutuel, peut inciter ses nouveaux membres à adopter des comportements et des stratégies de survie à risque. Une étude interculturelle récente auprès des jeunes de la rue a démontré que bien que la participation à des réseaux de jeunes de la rue puisse exposer ces jeunes à des comportements à risque élevé, les réseaux jouent néanmoins un rôle positif sur le plan émotionnel²⁶.

Les programmes de prévention qui déterminent et mettent à profit ces relations sociales positives – y compris les relations avec la famille et les pairs qui ne vivent pas dans la rue – pourraient à la fois préserver des liens importants avec la communauté et l'école et réduire l'affiliation à des réseaux de jeunes de la rue²⁶. Le fait de favoriser l'établissement de relations positives avec les amis à l'école et à la maison peut mener à des solutions d'hébergement autres que le domicile familial tout en maintenant le jeune dans un milieu de vie et un milieu scolaire familiaux.

Un pourcentage élevé de jeunes de la rue (plus de 70 % en 2003) ont déclaré avoir eu des contacts avec leurs parents ou parents-substituts au cours des trois mois précédents. Bien que ce ne soit pas le cas pour tous les jeunes de la rue, les liens familiaux sont une force sur laquelle il faut tabler, comme on l'a souligné dans la littérature dans ce domaine. L'élaboration de mesures axées sur la famille qui aident les parents et les frères et sœurs du jeune à maintenir des interactions positives peut être une stratégie d'intervention précoce viable pour les jeunes qui commencent à vivre dans la rue²⁷. Une intervention efficace, lorsque la famille

Tableau 6. Drogues les plus couramment utilisées autrement que par injection au cours des trois mois précédents

Drogue	Pourcentage		
	1999*	2001†	2003
Marjuana	66,6	81,8	78,3
Cocaine	2,2	1,6	5,1
Crack	1,5	3,0	5,8
Ecstasy	1,2	3,8	5,1
Méthamphétamine en cristaux	2,3	3,7	6,6
LSD	2,8	0,0	2,3
Hachisch	1,9	0,7	2,2

* La somme des pourcentages ne donne pas 100 % en raison du grand nombre de valeurs manquantes.
† En 2001 et 2003, les jeunes pouvaient déclarer plus d'une drogue. Par conséquent, la somme des pourcentages pourrait dépasser 100 %.

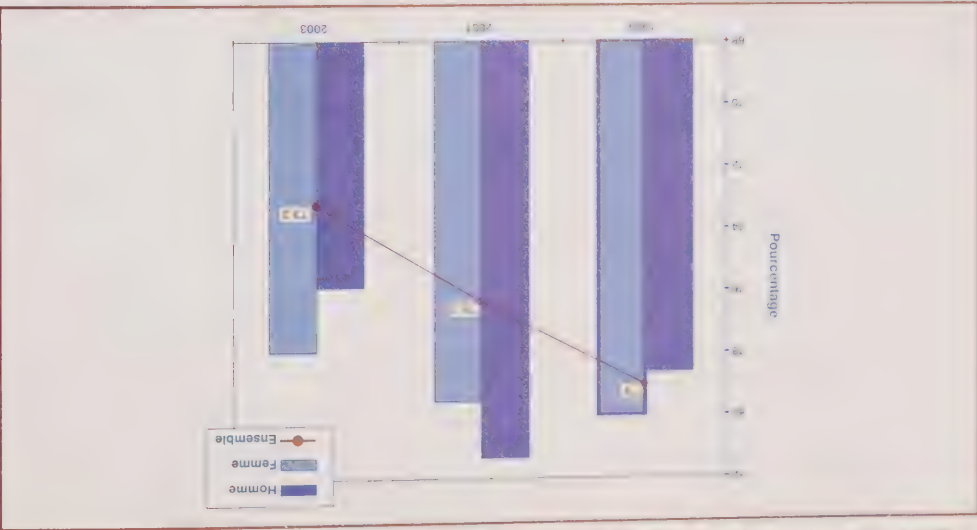
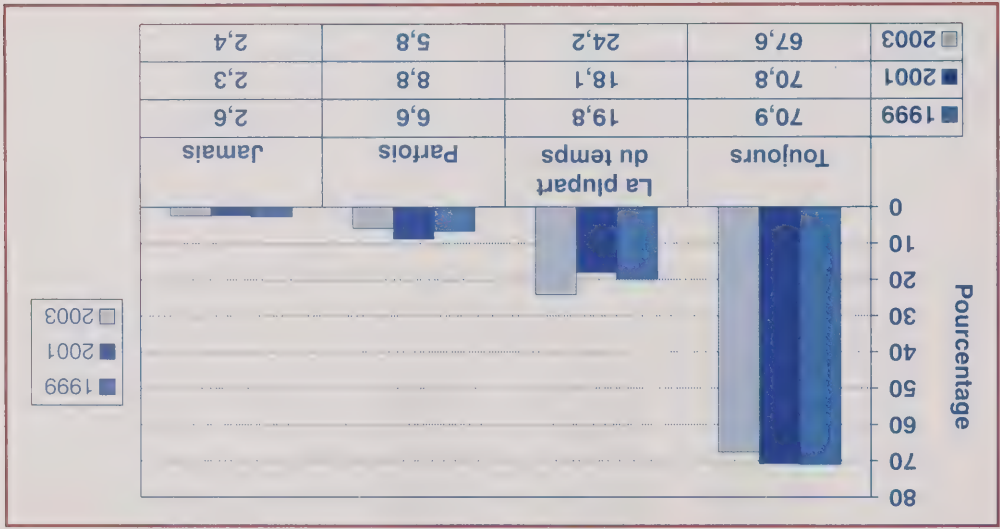


Figure 35. Utilisation de drogues autrement que par injection chez les jeunes de la rue

Nous avons demandé aux répondants d'indiquer à quelle fréquence ils avaient utilisé des seringues et d'autre matériel d'injection propres au cours des trois mois précédents. Comme le montre la figure 34, environ le tiers (30 %) des UDI ont déclaré ne pas avoir utilisé systématiquement des seringues ou du matériel d'injection propres durant cette période.

En 2003, on a demandé aux jeunes de la rue s'ils avaient déjà emprunté du matériel d'injection d'une autre personne; 31 % des utilisateurs de drogues par injection ont déclaré l'avoir effectivement déjà fait.

Figure 34. Utilisation de seringues ou d'autre matériel d'injection propres au cours des trois mois précédents



2.11.2 Utilisation de drogues autrement que par injection

Un pourcentage élevé de jeunes de la rue ont déclaré utiliser des drogues autrement que par injection. Les taux variaient entre 79 % en 1999 et 73 % en 2003 (figure 35). Parmi ces drogues, celles qui avaient été le plus couramment utilisées au cours des trois mois précédents étaient la marijuana, le crack et d'autres formes de cocaïne, la méthamphétamine en cristaux (« crystal meth ») et l'« ecstasy » (tableau 6).

Drogues couramment utilisées		1999*	2001†	2003
Pourcentage				
Cocaïne	21,2	56,3	37,7	26,0
Héroïne	20,9	36,5	34,4	11,0
Morphine	9,4	42,3	4,6	0,0
Speedball	7,5	15,8	0,2	2,9
PCP	0,9	0,0		
Alcool	0,2	0,0		

* La somme des pourcentages ne donne pas 100 % en raison du grand nombre de valeurs manquantes. On n'a pas bien répondu à cette question en 1999.
† En 2001 et 2003, les jeunes pouvaient déclarer plus d'une drogue. Par conséquent, la somme des pourcentages pourrait dépasser 100 %.

Tableau 5. Drogues injectables les plus couramment utilisées par les utilisateurs de drogues par injection au cours des trois mois précédents

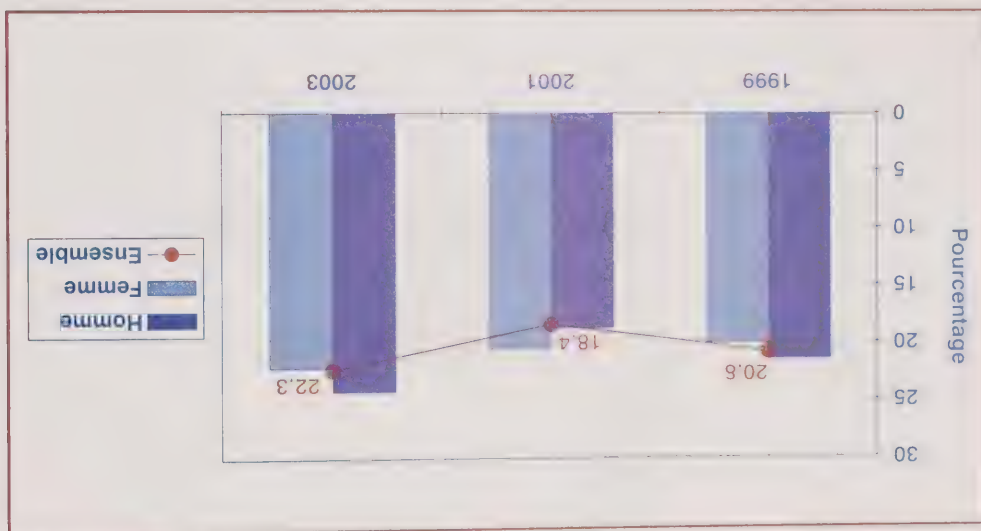


Figure 33. Injection de drogues chez les jeunes de la rue

Plus de 20 % des jeunes de la rue ont déclaré s'injecter des drogues au cours de toutes les années de l'étude (figure 33). Les drogues injectables les plus couramment utilisées par les jeunes de la rue au cours des trois mois précédents l'étude étaient la cocaïne, l'héroïne, la morphine et le speedball (mélange de cocaïne et d'héroïne) (tableau 5). Ces données sont compatibles avec les données d'études sur l'injection de drogues au Canada, y compris l'enquête I-Track²⁸. Dans une étude portant sur les facteurs les plus susceptibles de prédire le début de l'utilisation des drogues par injection, l'itinérance récente est considérée comme le facteur le plus important²⁹.

2.11.1 Injection de drogues

Tableau 4. Habitudes de consommation de substances chez les jeunes de la rue

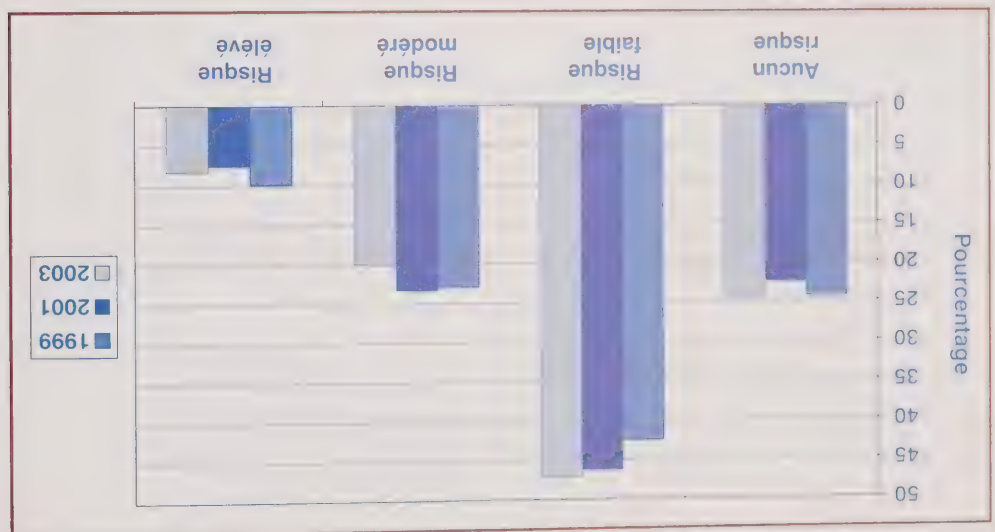
Consommation de substances		Pourcentage	
	1999	2001	2003
Tabac – consommation actuelle	Tous les jours	84,3	82,5
	À l'occasion	5,7	7,2
Alcool – au cours des trois mois précédents	Tous les jours	6,5	7,0
	Plus d'une fois par semaine	24,1	29,8
	Moins d'une fois par semaine	50,7	42,3
	Jamais	18,7	20,9
Intoxication alcoolique au cours des trois mois précédents		67,2	42,0
	Hommes	65,3	46,1
	Femmes	70,5	36,5
Injection de drogues (au cours de la vie)	Hommes	20,8	18,4
	Femmes	21,4	18,7
Utilisation de drogues autrement que par injection (au cours de la vie)	Hommes	79,0	76,3
	Femmes	20,0	20,5
Utilisation de drogues au cours de la vie (par injection et autrement)	Hommes	78,6	77,2
	Femmes	80,0	75,1
Hommes		95,2	93,9
	Femmes	95,3	96,4
		95,2	93,5

Comme le tableau ci-dessus l'indique, la majorité des jeunes de la rue fumaient tous les jours. Le pourcentage des fumeurs quotidiens était très élevé, mais il a diminué, passant de 84,3 % en 1999 à 78,8 % en 2003. Moins de 10 % des jeunes de la rue ont déclaré consommer de l'alcool tous les jours. Cependant, un pourcentage élevé ont fait état d'une intoxication alcoolique récente – définie comme le fait d'être en état d'ébriété durant au moins une journée – ce pourcentage ayant également diminué entre 1999 et 2003 (67,2 % en 1999, 42,0 % en 2001 et 36,6 % en 2003).

En ce qui concerne leur perception du risque de contracter une ITS, la majorité des jeunes de la rue interviewés se considéraient comme n'étant pas à risque ou étant à risque faible (figure 32). Moins de 10 % des jeunes de la rue dans toutes les années de l'étude se considéraient à risque élevé d'ITS. Environ le quart se considéraient comme à risque nul.

2.10.3 Perception personnelle du risque d'ITS

Figure 32. Perception personnelle du risque d'ITS



2.11 Toxicomanies

Nous avons interrogé les jeunes sur leurs habitudes de consommation de tabac, d'alcool et de drogues. Les répondants devaient indiquer s'ils fumaient au moment de l'étude et faire état de leurs habitudes de consommation d'alcool et de drogues au cours des trois mois précédents. Cette section donne un aperçu des habitudes de consommation de substances chez les jeunes de la rue. Des renseignements plus détaillés sont fournis dans le rapport *Toxicomanie chez les jeunes de la rue au Canada*²².

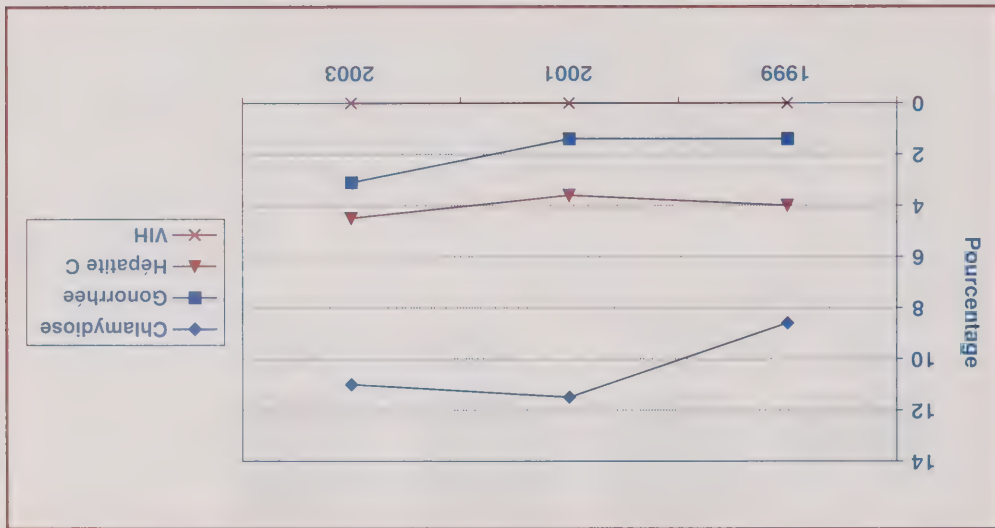
Comme le montre la figure 31, les taux de chlamydiose et de gonorrhée chez les jeunes de la rue ont augmenté entre 1999 et 2003. Ils sont significativement plus élevés que les taux déclarés pour tous les jeunes de 15 à 24 ans, qui sont d'environ 1 % pour la chlamydiose et de 0,3 % pour la gonorrhée²⁷. Les taux d'hépatite C et de VIH chez les jeunes de la rue sont demeurés stables, s'établissant à environ 4 % et moins de 1 %, respectivement, au cours des années de l'étude.

Le dépistage de la syphilis a été ajouté au protocole de surveillance pour 2001 et 2003. Au cours de cette période, le taux de syphilis infectieuse est passé de 0 % (aucun cas) en 2001 à 0,7 % (10 cas) en 2003 (tableau 3).

En ce qui concerne l'hépatite B, au cours des trois années de l'étude, le pourcentage de jeunes qui n'avaient aucune immunité naturelle ni immunité induite par la vaccination et qui devaient être immunisés a diminué sensiblement (tableau 3).

Des tests de dépistage du HTLV ont été effectués en 2001 et en 2003; au cours des deux années, un seul cas de HTLV-1 a été décelé.

Figure 31. Taux de prévalence des ITS et des infections transmissibles par le sang



2.10.2 Prévalence des ITS et des infections transmissibles par le sang

On a demandé aux jeunes qui ont accepté de subir des tests de dépistage des ITS et d'autres infections transmissibles par le sang de fournir un échantillon d'urine et un échantillon de sang. Plus de 70 % des participants ont fourni un échantillon de sang, et plus de 80 % ont fourni un échantillon d'urine.

Tableau 3. Taux de prévalence des ITS et des infections transmissibles par le sang chez les jeunes de la rue

ITS et infections transmissibles par le sang	Taux de prévalence (%)	
	1999	2001
Chlamydiae		
Hommes	7,5	9,4
Femmes	10,4	14,3
Gonorrhée		
Hommes	1,2	1,1
Femmes	1,7	1,8
Syphilis infectieuse*		
Hommes	—	0,0
Femmes	—	0,0
Hépatite C**		
Hommes	—	0,0
Femmes	4,0	3,6
Hommes	3,9	2,4
Femmes	4,2	5,0
VIH		
Hommes	< 1,0	< 1,0
Femmes	< 1,0	< 1,0
Hépatite B (réceptif)***		
Hommes	69,4	51,9
Femmes	63,6	46,9
Virus Herpes simplex type 1 (VHS-1)		
Hommes	—	56,0
Femmes	—	56,0
Hommes	59,3	53,2
Femmes	63,2	59,6
Virus Herpes simplex type 2 (VHS-2)		
Hommes	—	14,2
Femmes	—	7,6
Hommes	12,6	22,6
Femmes	29,4	9,9
Co-infection VHS-1 et 2		
Hommes	—	5,2
Femmes	—	16,0

** Un autre rapport, Hépatite C et consommation de drogues injectables chez les jeunes de la rue au Canada²⁴, fournit des renseignements détaillés sur le lien entre le VHC et l'injection de drogues.

*** Réceptif = ne présente pas d'anticorps anti-HBs ni d'anticorps anti-HBc ou aucune preuve obtenue en laboratoire de vaccination contre l'hépatite B.

On a demandé aux jeunes de la rue s'ils avaient des antécédents d'ITS. Au cours de toutes les années de l'étude, les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à faire état d'antécédents d'ITS (figure 29). Dans l'ensemble, le pourcentage des jeunes de la rue qui ont déclaré des antécédents d'ITS était 20,8 % en 1999, 22,7 % en 2001 et 26,6 % en 2003. Lorsqu'on leur a demandé s'ils utilisaient un moyen de protection durant leurs relations sexuelles après avoir reçu un diagnostic d'ITS, 32 % ont déclaré n'en utiliser aucun en 1999 (figure 30), bien que ce pourcentage ait chuté à 27 % en 2003.

Figure 29. Pourcentage des jeunes de la rue qui ont fait état d'antécédents d'ITS

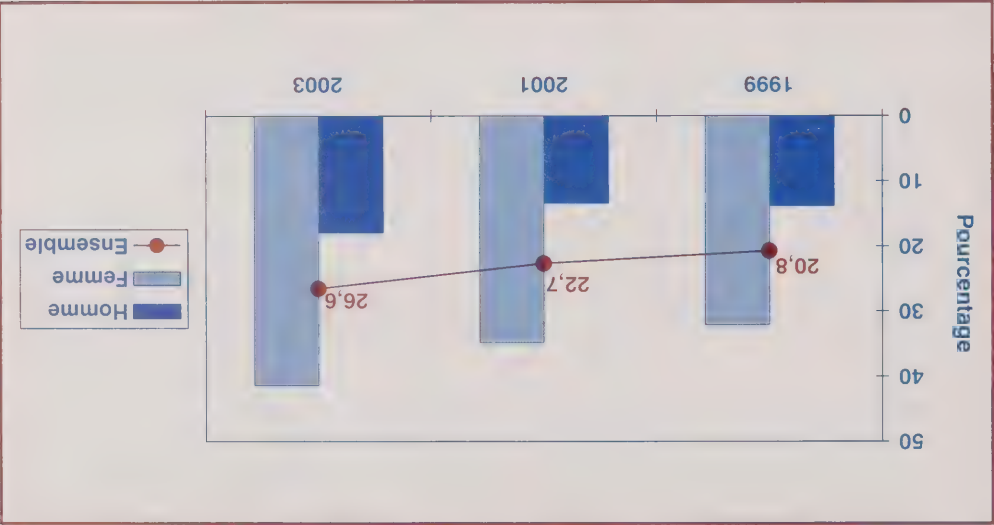
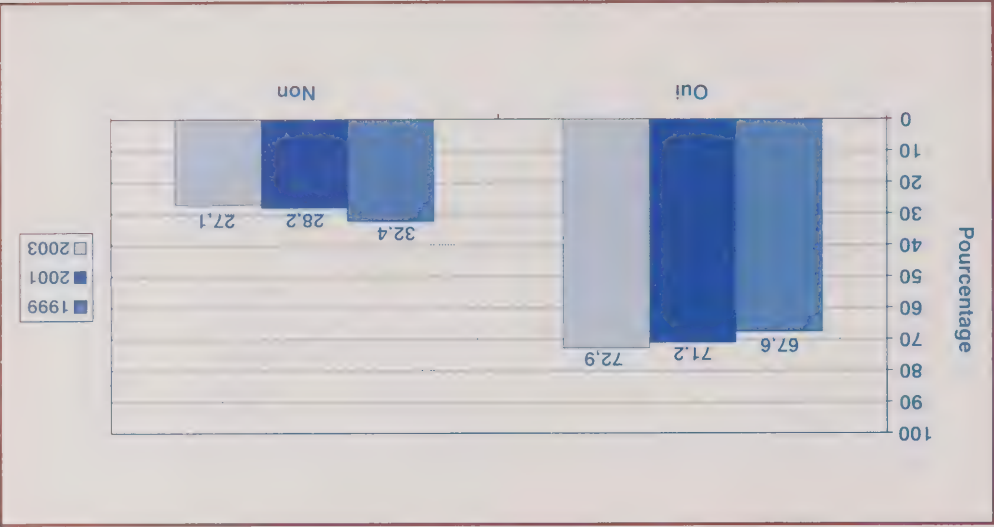


Figure 30. Utilisation d'un moyen de protection sexuelle après un diagnostic d'ITS



2.10

ITS et infections transmissibles par le sang

Cette section présente un aperçu de la prévalence des ITS chez les jeunes de la rue. Des renseignements plus détaillés sont fournis dans le rapport *Infections transmises sexuellement et par le sang chez les jeunes de la rue au Canada*²³.

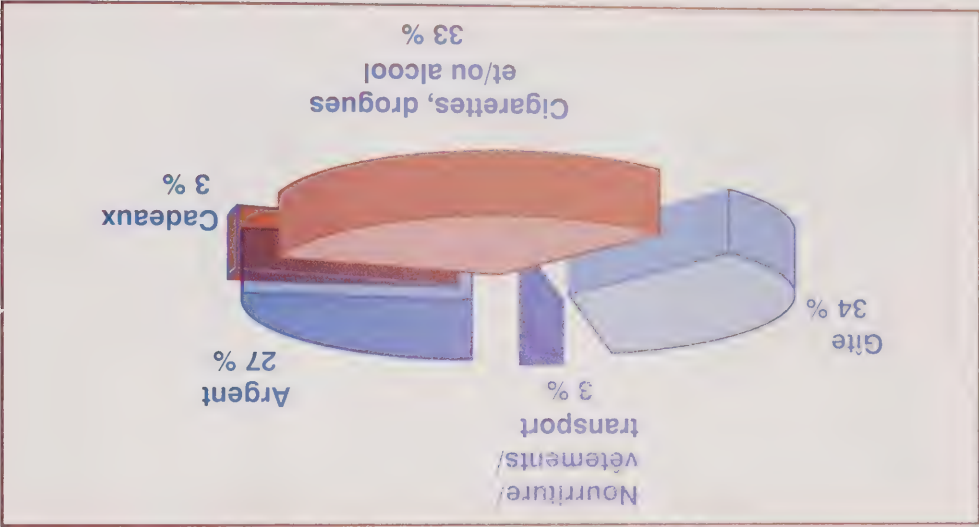


Figure 28. Biens le plus souvent reçus avant de se livrer à des activités sexuelles par obligation (2003)

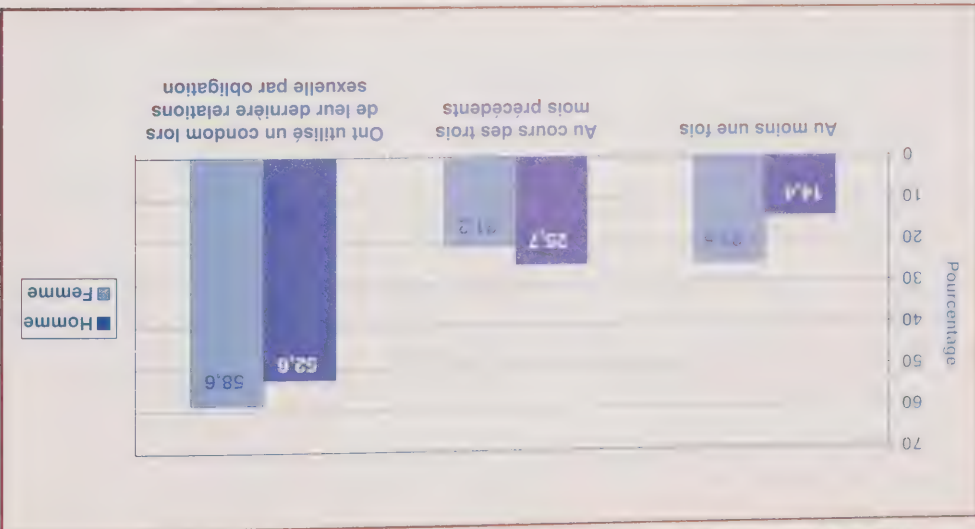
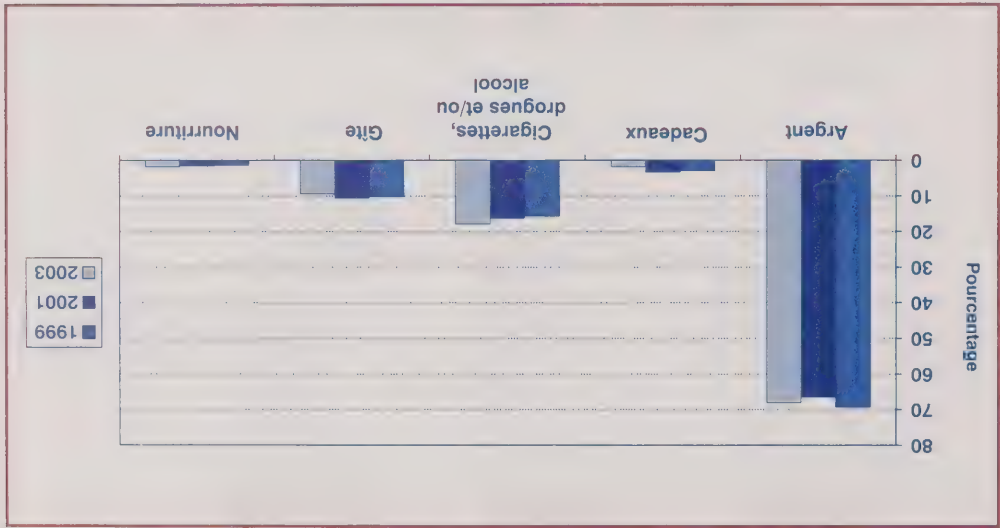


Figure 27. Activités sexuelles par obligation chez les jeunes de la rue (2003)

L'argent était le bien le plus souvent reçu en échange des faveurs sexuelles, suivi de cigarettes, de drogues et/ou d'alcool, et d'un gîte (figure 26). Cette tendance a été observée dans toutes les années de l'étude. Un petit nombre de jeunes de la rue seulement ont déclaré avoir accordé des faveurs sexuelles en échange de nourriture ou de cadeaux.

Durant toutes les années de l'étude, plus de 75 % des jeunes de la rue ont déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils s'étaient livrés au commerce du sexe. Bien que ce pourcentage semble élevé, il y a des risques potentiels pour les jeunes qui ont déclaré ne pas avoir utilisé un condom : 16 % en 1999, 25 % en 2001 et 19 % en 2003.

Figure 26. Biens le plus souvent reçus en échange des faveurs sexuelles



2.9.4 Activités sexuelles par obligation

En 2003, on a demandé aux jeunes de la rue s'ils s'étaient déjà livrés à des activités sexuelles par obligation – définies comme étant des activités sexuelles auxquelles ils se sont sentis obligés de se livrer après avoir reçu de l'argent, des cadeaux, des drogues ou le gîte pour la nuit. Parmi les répondants, 18,5 % ont déclaré qu'ils s'étaient sentis obligés de se livrer à des activités sexuelles à un moment ou un autre, les femmes étant plus nombreuses que les hommes à avoir vécu cette expérience (25,5 % c. 14,3 %). Cependant, les hommes étaient plus nombreux que les femmes à déclarer l'avoir fait au moins une fois au cours des trois mois précédant l'entrevue (25,7 % c. 21,2 %) [figure 27]. Souignons le fait qu'à peine un peu plus de la moitié ont déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils se sont livrés à des activités sexuelles par obligation.

On a demandé aux jeunes de la rue de décrire les biens qu'ils avaient reçus avant de se sentir obligés de se livrer à des activités sexuelles. Un gîte pour la nuit était le bien le plus souvent mentionné, suivi de cigarettes, de drogues et/ou d'alcool, d'argent, de nourriture et de cadeaux (figure 28).

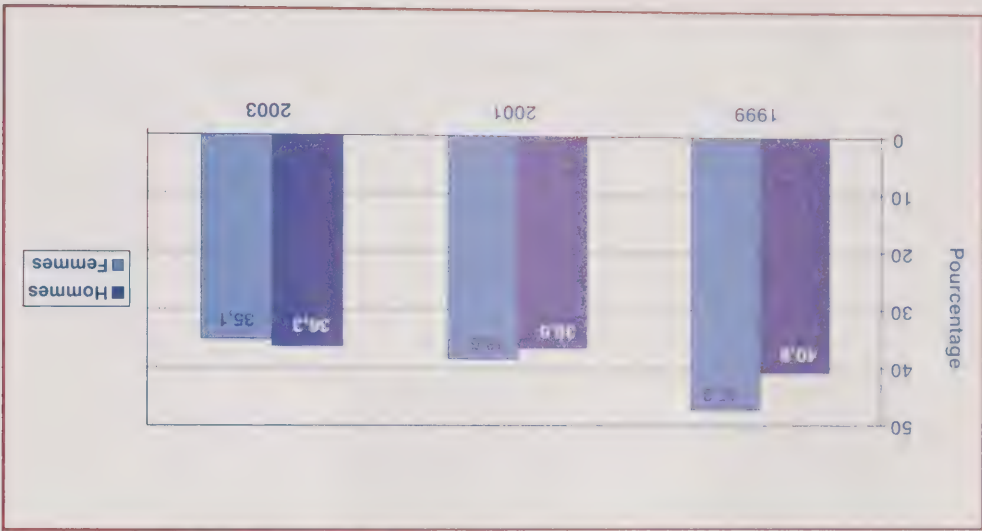


Figure 25. Commerce du sexe au cours des trois mois précédents chez les jeunes de la rue qui ont fait état d'antécédents de commerce du sexe

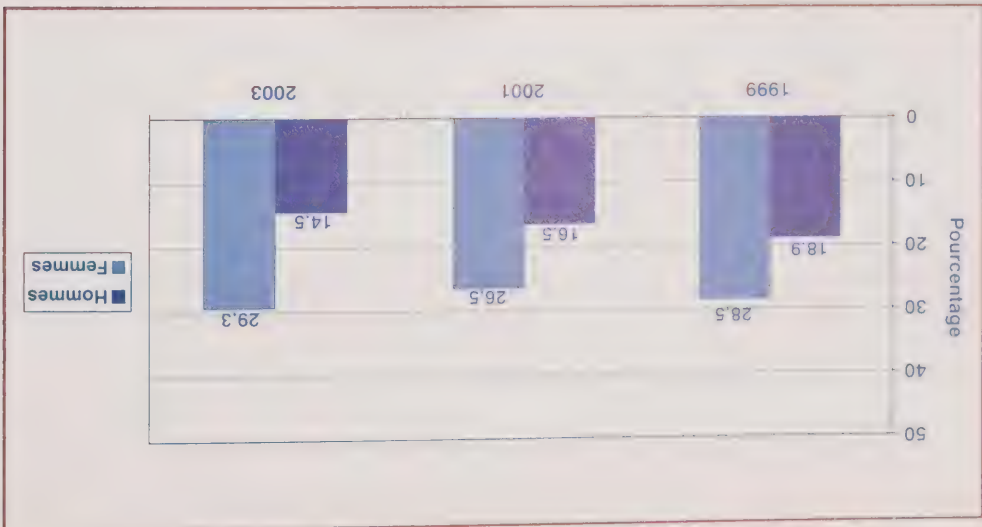


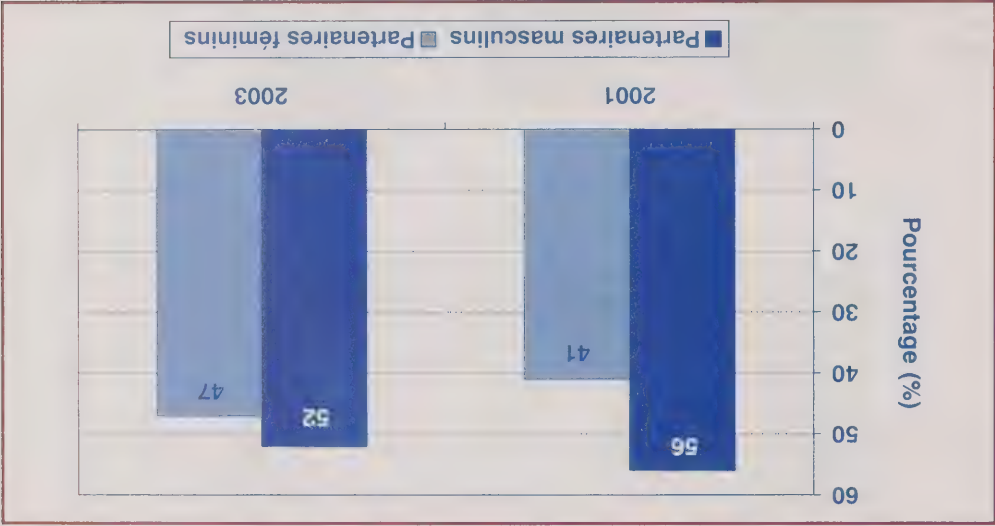
Figure 24. Antécédents de commerce du sexe chez les jeunes de la rue

2.9.2 Utilisation du condom

La plupart des jeunes de la rue ont déclaré ne pas avoir utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle, que ce soit avec un homme ou une femme. Comme le montre la figure 23, il était moins fréquent que les jeunes de la rue utilisent un condom avec un partenaire masculin.

En 2001, les hommes étaient significativement plus nombreux à déclarer ne pas utiliser un condom avec leurs partenaires de sexe masculin (relations homosexuelles) comparativement à leur comportement avec leurs partenaires de sexe féminin (relations hétérosexuelles). Il faudrait souligner que le taux d'utilisation du condom, qui s'établit autour de 50 % chez les jeunes de la rue pour les trois années de l'étude, est encore très faible.

Figure 23. Pourcentage des jeunes de la rue qui ont déclaré ne pas avoir utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle, selon le sexe de leur partenaire (2001 et 2003)



2.9.3 Commerce du sexe

Dans l'ensemble, 22,6 % des jeunes de la rue ont déclaré s'être livrés au commerce du sexe en 1999, 20,9 % en 2001 et 20,2 % en 2003, les femmes étant plus nombreuses que les hommes à l'avoir fait (figure 24).

Parmi les jeunes de la rue qui ont déclaré s'être déjà livrés au commerce du sexe, 44,6 % en 1999, 37,6 % en 2001 et 35,6 % en 2003 ont dit l'avoir fait au cours des trois mois précédant l'entrevue. Les pourcentages ne semblaient pas varier considérablement selon le sexe (figure 25).

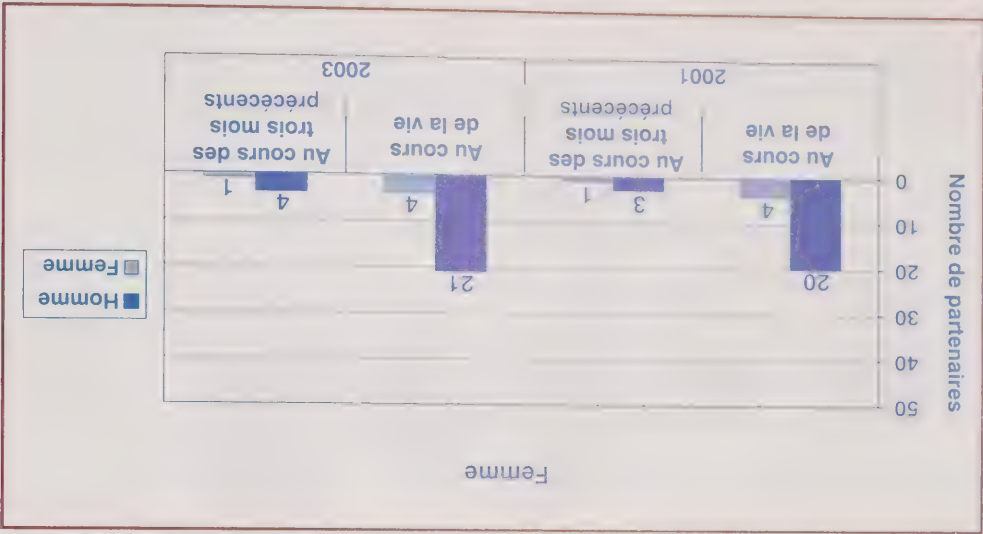


Figure 22. Nombre et sexe des partenaires sexuels déclarés par les jeunes de la rue de sexe féminin (2001 et 2003)

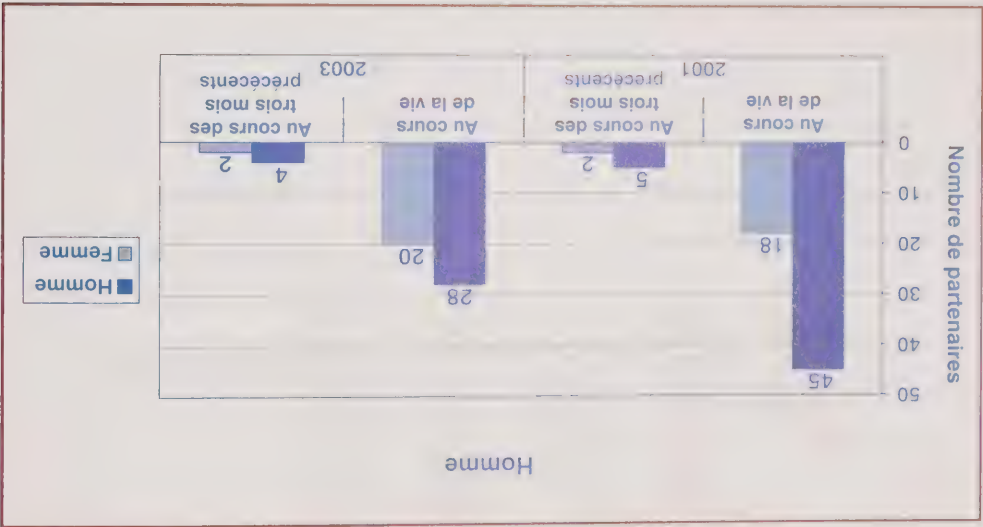


Figure 21. Nombre et sexe des partenaires sexuels déclarés par les jeunes de la rue de sexe masculin (2001 et 2003)

En 2001 et 2003, les jeunes de la rue de sexe masculin ont déclaré avoir eu entre 18 et 45 partenaires sexuels, en moyenne, au cours de leur vie, tandis que les jeunes de sexe féminin ont déclaré en avoir eu entre 4 et 21. Les jeunes de sexe masculin ont également déclaré avoir eu un plus grand nombre de partenaires sexuels au cours des trois mois précédents que leurs homologues féminins (figures 21 et 22).

2.9 Comportements sexuels

Durant toutes les années de l'étude, plus de 95 % des jeunes de la rue ont déclaré être sexuellement actifs. L'âge moyen des jeunes sexuellement actifs lors de leur première relation sexuelle était de 14 ans, tant chez les hommes que chez les femmes et pour les trois années de l'étude.

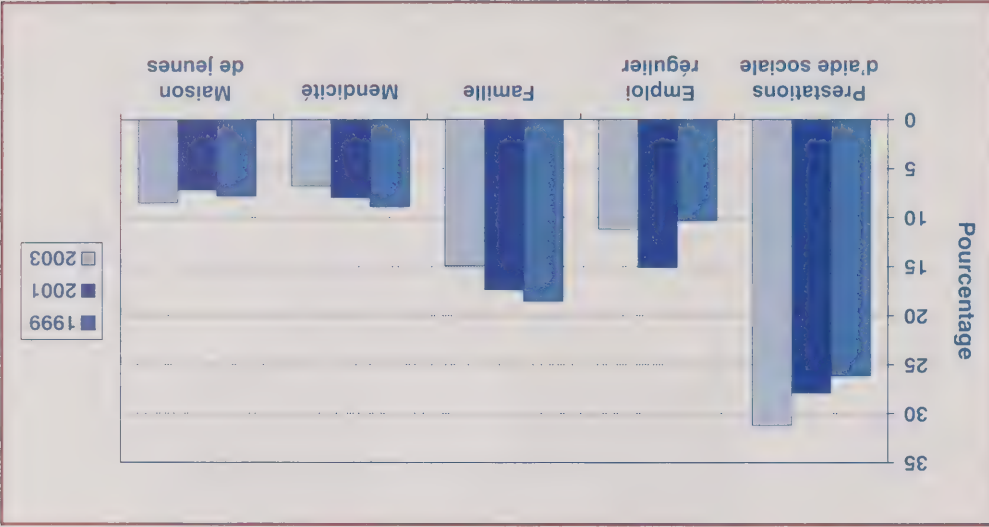


Figure 20. Principale source de revenu déclarée par les jeunes de la rue de sexe féminin

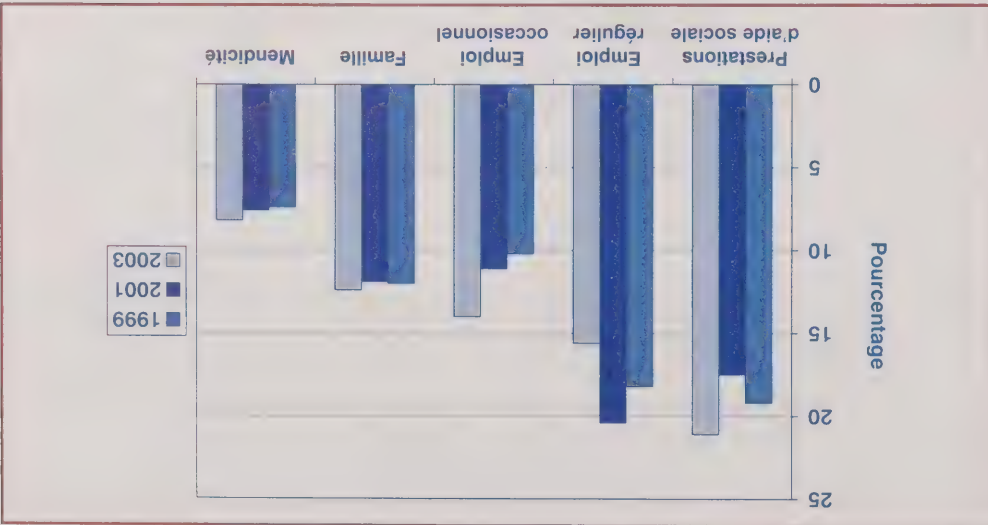


Figure 19. Principale source de revenu déclarée par les jeunes de la rue de sexe masculin

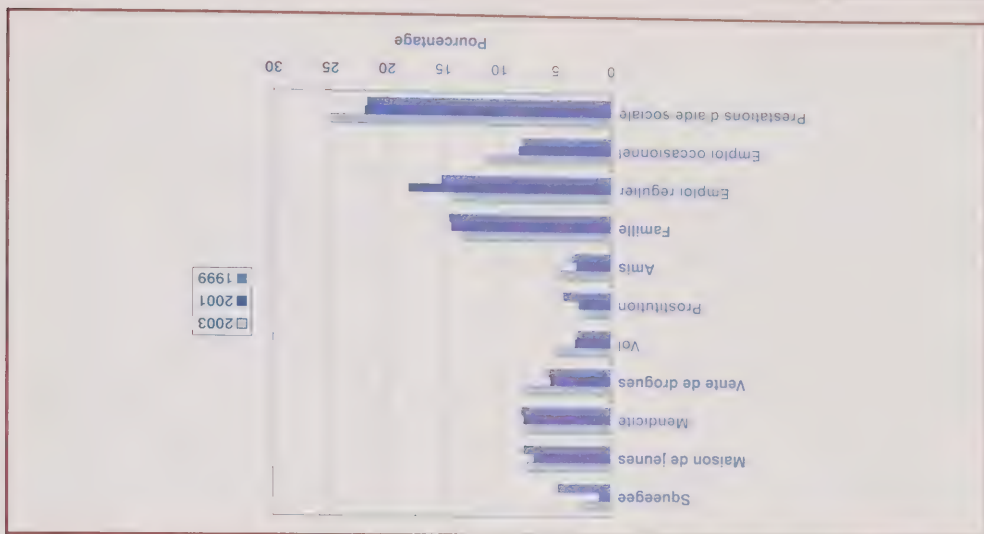


Figure 18. Principale source de revenu déclarée par les jeunes de la rue

Comme le montre la figure 18, les prestations d'aide sociale étaient la principale source de revenu déclarée le plus souvent (26,1 % à 31,2 %). En 1999 et 2001, les revenus d'un emploi régulier et l'argent provenant de la famille étaient les autres sources de revenus déclarées le plus souvent, tandis qu'en 2003, les principales sources de revenus étaient les revenus d'un emploi occasionnel et d'un emploi régulier pour les hommes (figure 19) et l'argent provenant de la famille et les revenus d'un emploi régulier pour les femmes (figure 20).

2.8 Revenu

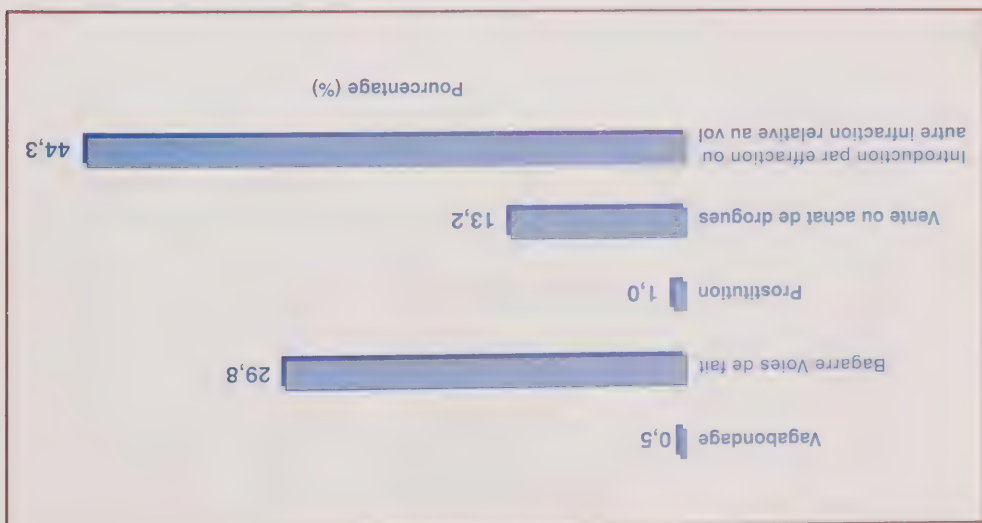


Figure 17. Raisons du suivi par un agent de probation ou de libération conditionnelle (2003)

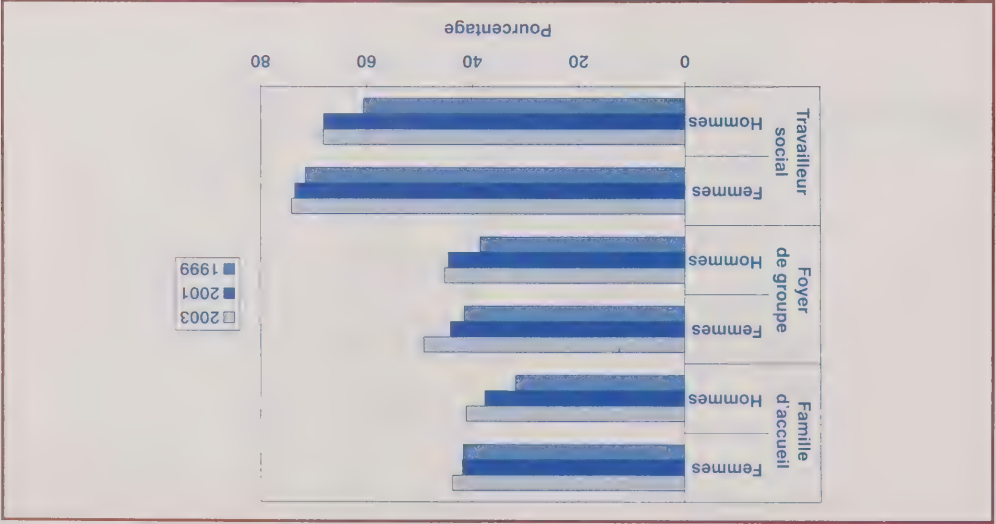


Figure 16. Travailleurs sociaux, familles d'accueil et foyers de groupe selon le sexe

2.7 Services correctionnels

2.7.1 Incarcération

Durant toutes les années de l'étude, plus de la moitié des jeunes de la rue ont déclaré avoir été détenus dans une prison, un centre de détention pour jeunes, un pénitencier ou un établissement de détention, pendant une nuit ou pendant une période plus longue. Les hommes étaient plus nombreux (65 %) que les femmes (40 %) à déclarer avoir été incarcérés.

2.7.2 Agent de probation/libération conditionnelle

Plus de la moitié des jeunes de la rue ont déclaré avoir été suivis par un agent de probation ou de libération conditionnelle : 50,6 % en 1999, 48,0 % en 2001 et 56,0 % en 2003; les hommes étaient significativement plus nombreux que les femmes à déclarer avoir été suivis par ces intervenants. La figure 17 indique les raisons fournies par les jeunes de la rue pour expliquer pourquoi ils ont été suivis par un agent de probation ou de libération conditionnelle en 2003. Les infractions commises par les jeunes comprennent introduction par effraction, bagarres/voies de fait et vente/achat de drogues. Les jeunes du groupe des plus âgés étaient plus nombreux que celui des plus jeunes à déclarer avoir été suivis par un agent de probation/libération conditionnelle ou à avoir été incarcérés. Ce phénomène pourrait être lié à l'exposition, les jeunes les plus âgés ayant vécu dans la rue plus longtemps que les plus jeunes.

2.6 Intervention des services sociaux

2.6.1 Travailleurs sociaux

La majorité des jeunes de la rue (65 % à 70 % pour les trois années de l'étude) ont déclaré avoir reçu les services d'un travailleur social (figure 16). Les problèmes familiaux étaient la raison invoquée la plus souvent par les jeunes pour expliquer l'intervention d'un travailleur social (41,5 %). Parmi les autres raisons citées, mentionnons l'aiguillage vers un travailleur social (21,2 %), la violence subie (8 %), l'expulsion du domicile familial (4,3 %), les problèmes de toxicomanie des parents (6,6 %) et l'incarcération (3,4 %). Les raisons de consulter un travailleur social variaient selon le sexe; les femmes étaient plus nombreuses à déclarer le faire parce qu'elles avaient quitté le domicile familial ou en raison des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie d'un de leurs parents, tandis que les hommes ont déclaré avoir été aiguillés vers un travailleur social pour obtenir des services de logement et d'aide sociale. Les jeunes du groupe des plus âgés (20 à 24 ans) étaient significativement plus nombreux que ceux du groupe des plus jeunes (15 à 19 ans) à déclarer avoir été adressés à un travailleur social pour obtenir des services de logement et d'aide sociale. Les jeunes du groupe des plus âgés (20 à 24 ans) étaient significativement plus nombreux que ceux du groupe des plus jeunes (15 à 19 ans) à déclarer avoir été adressés à un travailleur social pour obtenir des services de logement et d'aide sociale.

2.6.2 Placement familial

Le pourcentage des jeunes de la rue qui ont déclaré avoir été placés en famille d'accueil variait entre 35,7 % en 1999 et 42,2 % en 2003 (figure 16). En 2003, l'âge moyen lors du premier placement en famille d'accueil était huit ans, et le nombre moyen de placements était sept, tant chez les jeunes de la rue de sexe masculin que chez ceux de sexe féminin. Plus de la moitié (58 %) des répondants ont déclaré s'être enfus du foyer d'accueil à un moment donné; le pourcentage était significativement plus élevé chez les femmes (66,5 %) que chez les hommes (52,9 %).

2.6.3 Foyers de groupe

Le pourcentage des jeunes de la rue qui ont déclaré avoir été placés dans un foyer de groupe variait entre 39,8 % en 1999 et 46,7 % en 2003 (figure 16). L'âge moyen lors du premier placement en foyer de groupe était 14 ans, tant chez les jeunes de la rue de sexe masculin que chez ceux de sexe féminin. Comme dans le cas des jeunes qui ont reçu les services d'un travailleur social, les problèmes familiaux étaient la principale raison citée par les jeunes pour expliquer leur placement dans un foyer de groupe. Les hommes étaient significativement plus nombreux à déclarer avoir été placés en foyer de groupe parce qu'ils avaient été chassés du domicile familial, parce qu'ils avaient été incarcérés et parce qu'ils avaient de la difficulté à maîtriser leur colère.

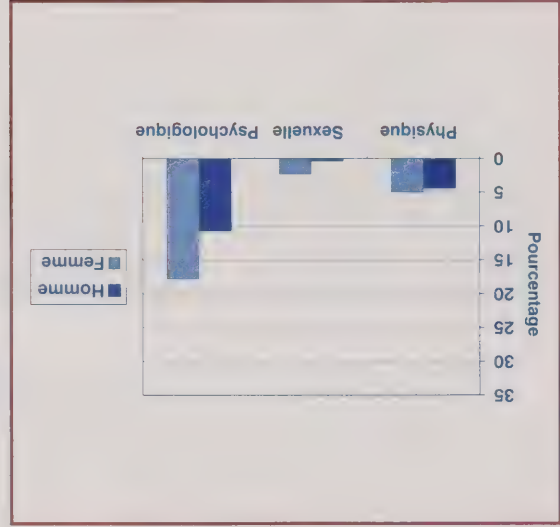


Figure 15. Forme de violence déclarée (2003)

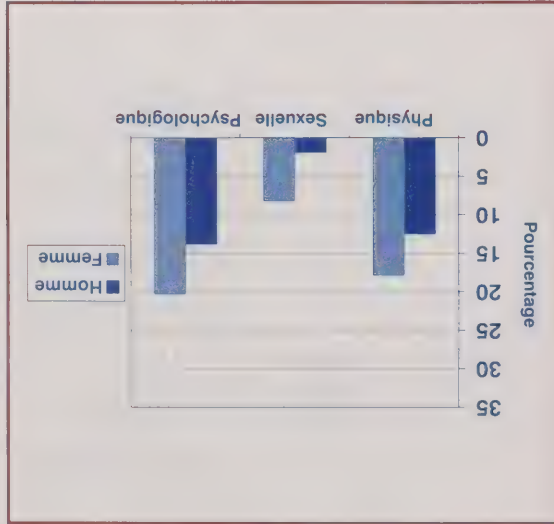


Figure 14. Forme de violence déclarée (2001)

Dans l'ensemble, en 2003, 13,4 % des jeunes ont déclaré avoir quitté le domicile familial parce qu'ils étaient victimes de violence psychologique; 4,6 % et 1,1 % ont déclaré avoir quitté le domicile familial parce qu'ils étaient victimes de violence physique et de violence sexuelle, respectivement.

Dans l'ensemble, en 2001, 16,6 % des jeunes ont déclaré avoir quitté le domicile familial parce qu'ils étaient victimes de violence psychologique; 14,9 % et 4,6 % ont déclaré avoir quitté le domicile familial parce qu'ils étaient victimes de violence physique et de violence sexuelle, respectivement.

Les figures 13 à 15 montrent la répartition des formes de violence subie selon le sexe. Comme l'indiquent les figures ci-après, les taux de violence psychologique, physique et sexuelle sont beaucoup plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

Figure 12. Pourcentage des jeunes de la rue qui avaient quitté le domicile familial en raison de la violence subie

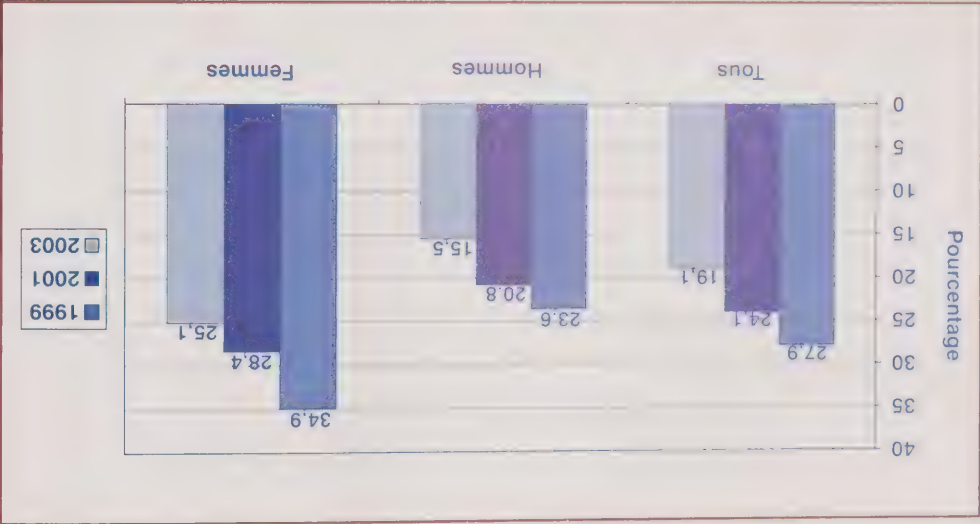
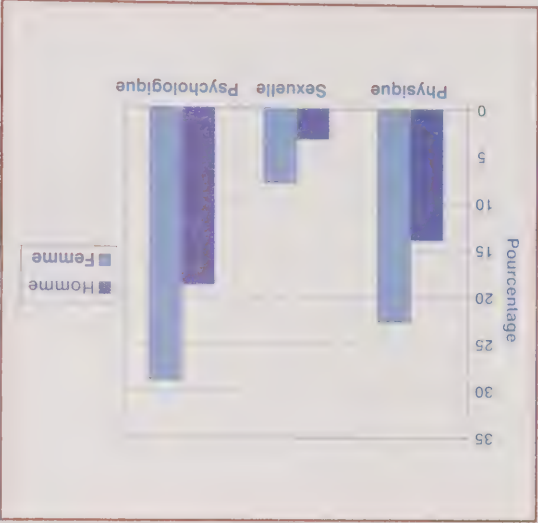


Figure 13. Forme de violence déclarée (1999)



Dans l'ensemble, en 1999, 22,7 % des jeunes ont déclaré avoir quitté le domicile familial parce qu'ils étaient victimes de violence psychologique; 17,3 % et 5,1 % ont déclaré avoir quitté le domicile familial parce qu'ils étaient victimes de violence physique et de violence sexuelle, respectivement.

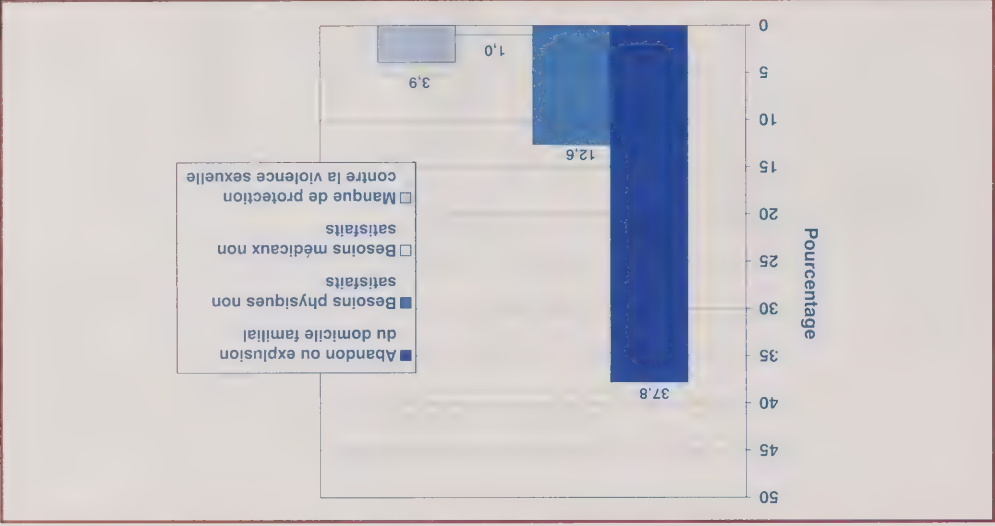


Figure 11. Forme de négligence déclarée par les jeunes de la rue (2003)

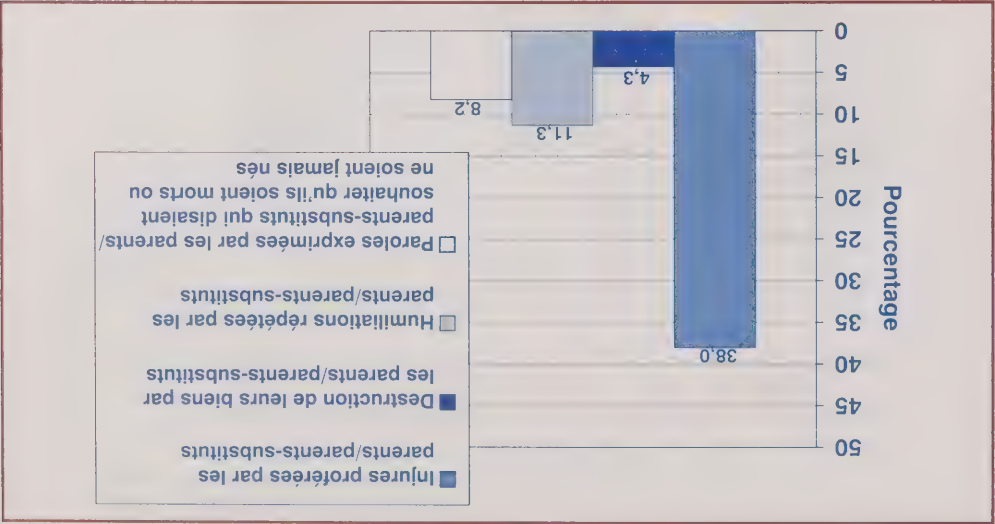


Figure 10. Forme de violence psychologique déclarée par les jeunes de la rue (2003)

En 1999, on n'a pas demandé aux jeunes de fournir des renseignements détaillés sur la violence. En 2001 et 2003, les répondants ont décrit la violence physique dont ils ont été victimes comme étant principalement des bagarres avec leurs parents/substitués; quant à la violence psychologique, il s'agissait principalement d'injures, d'humiliations répétées, de la destruction délibérée de leurs biens par leurs parents, ou des paroles exprimées par leurs parents qui disaient soulever qu'il leur enfant) soit mort ou qu'il ne soit jamais né. La figure 10 montre la forme de violence psychologique déclarée par les jeunes en 2003. En 2003, on a ajouté des questions sur la négligence. Le tiers (30 %) des répondants ont déclaré avoir été victimes de négligence. Les jeunes ont décrit la négligence comme étant l'abandon ou l'expulsion du domicile familial, l'omission de leurs parents de les protéger contre la violence sexuelle, la négligence médicale (refus ou incapacité des parents de consentir aux soins médicaux) et la négligence physique (alimentation et vêtements inadéquats et conditions de vie insalubres). Comme l'indique la figure 11, la plupart des jeunes ont décrit la négligence comme l'abandon ou l'expulsion du domicile familial. Le pourcentage global des jeunes de la rue qui ont déclaré avoir quitté le domicile familial parce qu'ils étaient victimes de violence physique, psychologique ou sexuelle était élevé, variant entre 19,1 % en 2003 et 27,9 % en 1999 (figure 12). Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à avoir quitté le domicile familial en raison de la violence subie.

2.5

Violence

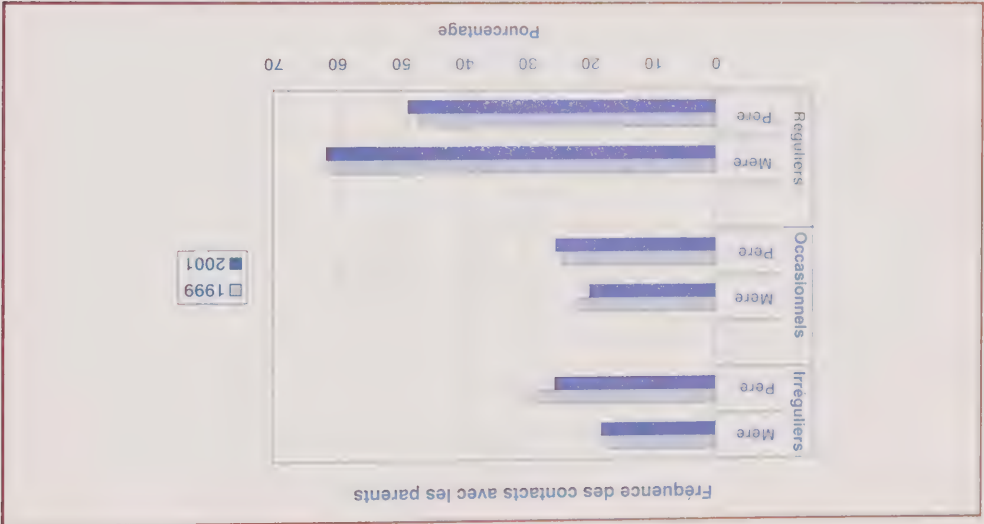


Figure 9. Fréquence des contacts avec les parents au cours des trois mois précédents (2001 et 2003)

Les jeunes qui ont déclaré avoir eu des contacts avec leurs parents ont mentionné qu'ils avaient des contacts réguliers (figure 9).

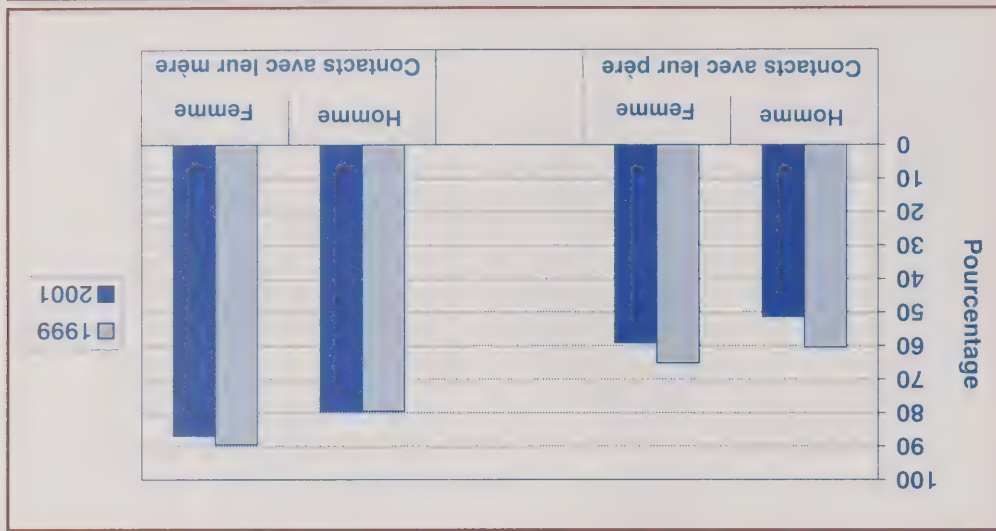
Tableau 2. Raisons de quitter le domicile familial (1999 et 2001)

Raisons de quitter le domicile familial	Pourcentage	
	1999	2001
Indépendance / voyage / déménagement dans un plus grand centre urbain	17,6	15,5
Déménagement pour faire des études / trouver un emploi	1,0	2,9
Retiré de son milieu / placé en famille d'accueil	3,6	5,6
Problème de toxicomanie / de santé des parents ou parents-substituts	4,2	6,1
Cohabitation avec son conjoint / sa conjointe (père/mère de son enfant)	2,0	2,0
Démêlés avec la justice	5,3	3,6
Violence (sexuelle, physique ou psychologique)	12,6	11,4
Départ d'un ou des parent(s) / parent(s)-substitut(s)	1,2	1,9
Expulsion du domicile familial	13,9	15,1
Consommation de drogues / d'alcool par le jeune	3,8	5,1
Conflits avec un de ses parents ou les deux	23,7	16,8
Difficultés financières des parents ou des parents-substituts	1,0	1,3
Décès d'un de ses parents / parents-substituts ou des deux	1,1	2,6

2.4.3 Contacts avec les parents/parents-substituts

On a demandé aux jeunes de la rue s'ils avaient eu des contacts avec leurs parents ou leurs parents-substituts au cours des trois mois précédents. Bien qu'un pourcentage élevé des jeunes – plus de 60 % en 1999, plus de 50 % en 2001 et plus de 70 % en 2003 – aient déclaré avoir eu des contacts avec leurs parents, un plus grand nombre de jeunes ont fait état de contacts avec leur mère plutôt qu'avec leur père. Pour les années à l'étude, un nombre significativement plus élevé de femmes ont déclaré avoir eu des contacts avec un de leurs parents ou les deux (figure 8). La majorité des

Figure 8. Contacts avec les parents au cours des trois mois précédents (2001 et 2003)



Le tableau 2 présente les principales raisons invoquées par les jeunes à l'appui de leur décision de quitter le domicile familial en 1999 et en 2001. Comme l'indique une étude antérieure, les jeunes quittent le domicile familial principalement parce qu'ils ne s'entendent pas avec leurs parents (conflits), ont l'impression de ne pas être aimés (violence psychologique), sont victimes de violence physique ou ont été chassés du domicile familial²⁶. Durant les phases de 1999 et de 2001 de la SAJR, les femmes ont été significativement plus nombreuses à invoquer la violence dont elles étaient victimes comme principale raison de quitter le domicile familial, tandis que les hommes ont cité leurs démêlés avec la justice.

- Expulsion du domicile familial;
- Violence, notamment la violence physique, sexuelle et psychologique, et négligence.
- Démêlés avec la justice.

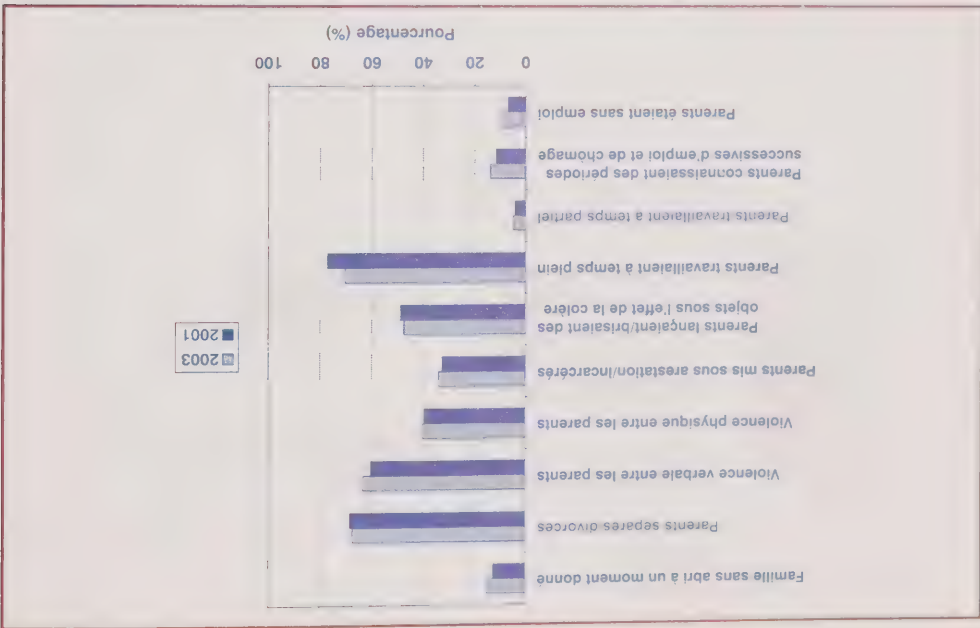


Figure 7. Situation familiale durant l'enfance, décrite par les jeunes de la rue (2001 et 2003)

Les jeunes de la rue ont déclaré avoir quitté le domicile familial principalement à cause des conditions de vie insatisfaisantes. Les raisons énumérées ci-après sont celles qui ont été le plus souvent mentionnées parmi les diverses raisons invoquées par les jeunes à l'appui de leur décision de quitter le domicile familial, pour les trois années de l'étude :

- Bagarres ou disputes avec les parents/parents-substituts. Les motifs des disputes avec les parents variaient : non-respect des règles fixées par les parents, difficultés financières, consommation d'alcool et de drogues par les jeunes et par les parents, et études.
- Besoin d'indépendance, voyage, ou déménagement dans un plus grand centre urbain.

2.4.2 Raisons de quitter le domicile familial

En 2001 et en 2003, on a demandé aux répondants d'indiquer quelle était leur situation familiale durant leur enfance. Les résultats, présentés dans la figure 7, montrent que certains jeunes avaient déjà fait l'expérience de l'itinérance avec leur famille avant de vivre dans la rue; 13 % et 15 % des jeunes en 2001 et en 2003, respectivement, ont effectivement déclaré que leur famille avait été sans abri à un moment donné. Plus de 70 % ont déclaré que leurs parents travaillaient à temps plein dans les années précédentes, et moins de 10 %, que leurs parents étaient sans emploi.

Plus de 65 % des jeunes ont dit que leurs parents étaient divorcés. Plus du tiers ont déclaré qu'un de leurs parents avait été incarcéré à un moment donné, tandis que plus de la moitié ont déclaré que leurs parents étaient violents, verbalement ou physiquement, l'un envers l'autre, et avaient des accès de colère.

2.4.1 Caractéristiques familiales

2.4 Situation familiale décrite par les jeunes de la rue

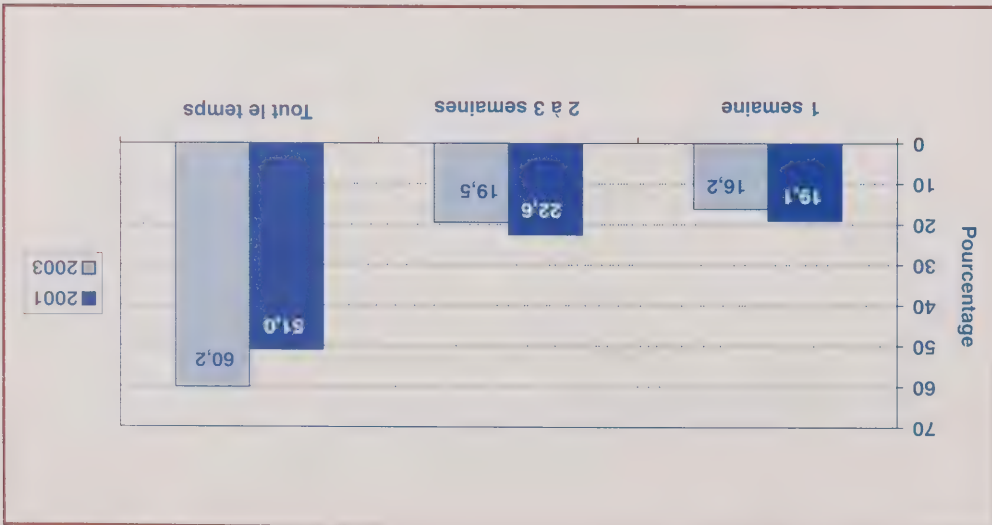


Figure 6. Temps passé dans la rue au cours du mois précédent (2001 et 2003)

2.3.3 Durée de la période passée dans la rue

En 2001 et en 2003, on a demandé aux jeunes de la rue combien d'heures ils passent dans la rue chaque semaine et à quelle fréquence ils avaient vécu dans la rue au cours du mois précédent. Plus de 30 % des jeunes ont déclaré passer plus de 50 heures par semaine dans la rue. Environ 40 % ont déclaré passer entre 10 et 30 heures par semaine dans la rue, et près du cinquième (18 %) ont déclaré passer entre deux et 10 heures par semaine dans la rue. Les hommes étaient significativement plus nombreux que les femmes à déclarer passer plus de temps dans la rue. Comme le montre la figure 6, un pourcentage élevé de jeunes de la rue ont déclaré passer tout leur temps dans la rue, mais la durée des périodes varie, ce qui indique qu'il y a des différences dans le temps total passé dans la rue. Les hommes étaient plus nombreux que les femmes à déclarer passer tout leur temps dans la rue, tandis que les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à déclarer passer une partie de leur temps dans la rue (une à trois semaines au cours du mois précédent). Les conditions climatiques ne semblent guère influencer sur la durée du temps passé dans la rue, la moitié des jeunes ont déclaré que le temps qu'ils passent dans la rue varie selon les conditions climatiques, tandis que l'autre moitié n'ont déclaré aucun changement à cet égard. Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à déclarer que les conditions climatiques ont une influence sur la durée du temps qu'elles passent dans la rue.

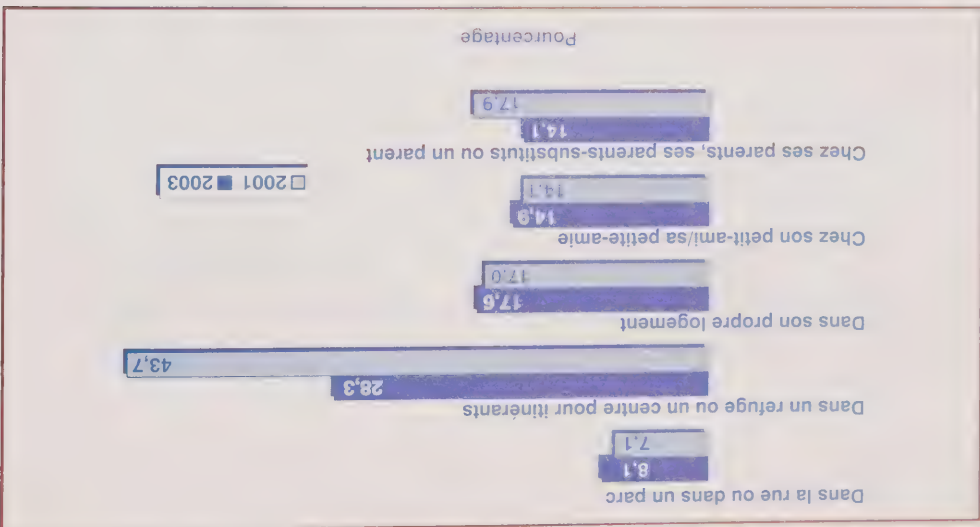


Figure 5. Modalités d'hébergement pour la nuit déclarées par les jeunes de la rue (2001 et 2003)

La plupart des jeunes de la rue ont déclaré avoir fait quelques années d'études secondaires (jusqu'à la 12^e année) : 88,6 % en 1999, 91,7 % en 2001 et 95,0 % en 2003. Quelques-uns seulement ont déclaré avoir fait des études post-secondaires. Seulement le quart (25 %) des jeunes de plus de 18 ans avaient terminé leur 12^e année (2003).

En 1999 et en 2001, on a demandé aux jeunes pourquoi ils ne fréquenteraient pas l'école à l'époque. Pour les deux années en question, environ 38 % ont déclaré qu'ils avaient abandonné leurs études, tandis qu'environ 12 % ont déclaré qu'ils avaient été expulsés de l'école. En 2003, 40,1 % ont déclaré qu'ils avaient abandonné définitivement leurs études, et 37 % ont déclaré qu'ils avaient été expulsés définitivement de l'école. Les hommes étaient plus nombreux à avoir été expulsés définitivement de l'école, tandis que les femmes étaient plus nombreuses à avoir abandonné définitivement leurs études de leur propre chef.

Des données du *Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, publié en septembre 1999, indiquent que 22 % des hommes et 14 % des femmes abandonnent leurs études secondaires avant d'obtenir leur diplôme²⁵, ce qui signifie que le taux de décrochage est plus élevé chez les jeunes de la rue que dans la population générale des jeunes.

2.3 La vie dans la rue

2.3.1 Vivre dans la rue

Lorsqu'on a demandé aux jeunes s'ils avaient déjà vécu à temps plein dans la rue, le tiers ont répondu par la négative, un autre tiers ont répondu qu'ils vivaient dans la rue auparavant mais que ce n'était plus le cas, tandis qu'un autre tiers ont répondu qu'ils vivaient et vivent encore dans la rue. Dans l'ensemble, plus de 60 % des jeunes ont déclaré avoir vécu dans la rue à temps plein à un moment donné. Cette tendance a été observée systématiquement durant toutes les années de l'étude.

2.3.2 Modalités d'hébergement pour la nuit

En 2001 et en 2003, on a demandé aux répondants où ils comptaient passer la nuit. La figure 5 indique que 7 % des jeunes en 2001 et 8 % en 2003 allaient passer la nuit dans la rue ou dans un parc. Le pourcentage le plus élevé des jeunes allaient passer la nuit chez leurs parents, leurs parents-substitués ou un parent, chez leur petit-ami/petite-amie ou dans leur propre logement.

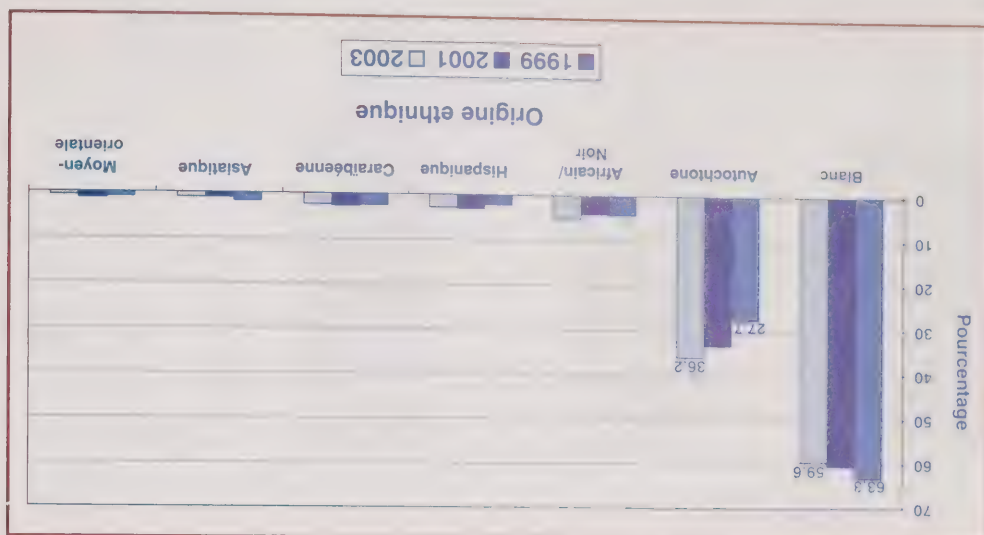


Figure 4. Origines ethniques déclarées par les jeunes de la rue

La vaste majorité des jeunes étudiés étaient nés au Canada; moins de 10 % ayant déclaré être nés à l'extérieur du Canada. Les jeunes étaient d'origines ethniques diverses (figure 4), environ 60 % dans l'ensemble, ayant déclaré être Blanc et environ le tiers, d'origine autochtone. Environ 12 % des jeunes ont déclaré être d'origine africaine, asiatique, moyen-orientale ou d'une autre origine ethnique.

2.2.2 Origine ethnique

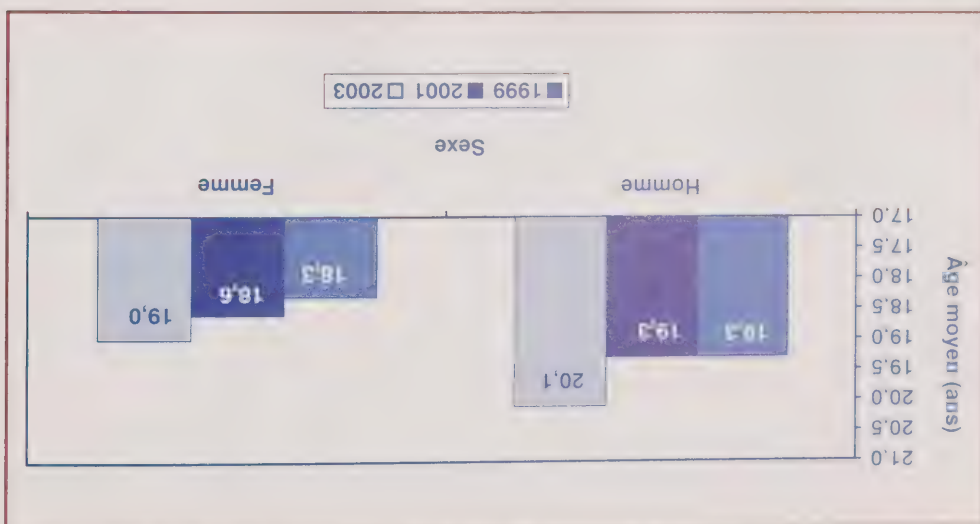


Figure 3. Age moyen selon le sexe

2.2.1 Âge et sexe

Un nombre total de 4 728 jeunes ont été recrutés : 1 645 en 1999, 1 427 en 2001, et 1 656 en 2003. Le rapport hommes-femmes était d'environ 2:1 dans l'ensemble (figure 1). L'âge moyen était de 19,2 ans lors du recrutement, toutes années confondues, les femmes ayant environ un an de moins que les hommes (figure 3). Les jeunes ont été répartis dans deux groupes d'âge : le groupe des 15 à 19 ans (groupe des plus jeunes) et le groupe des 20 à 24 ans (groupe des plus âgés) (figure 2).

Figure 1. Jeunes de la rue selon le sexe

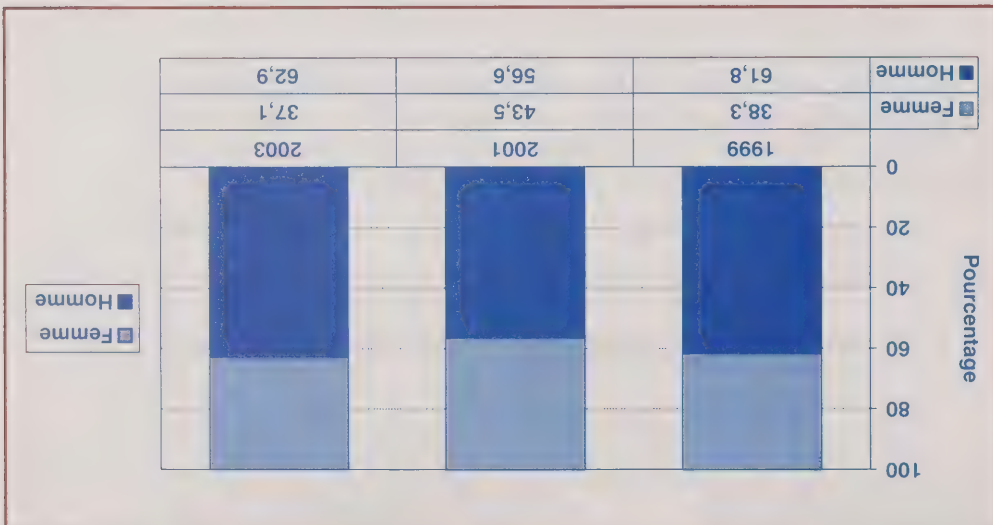
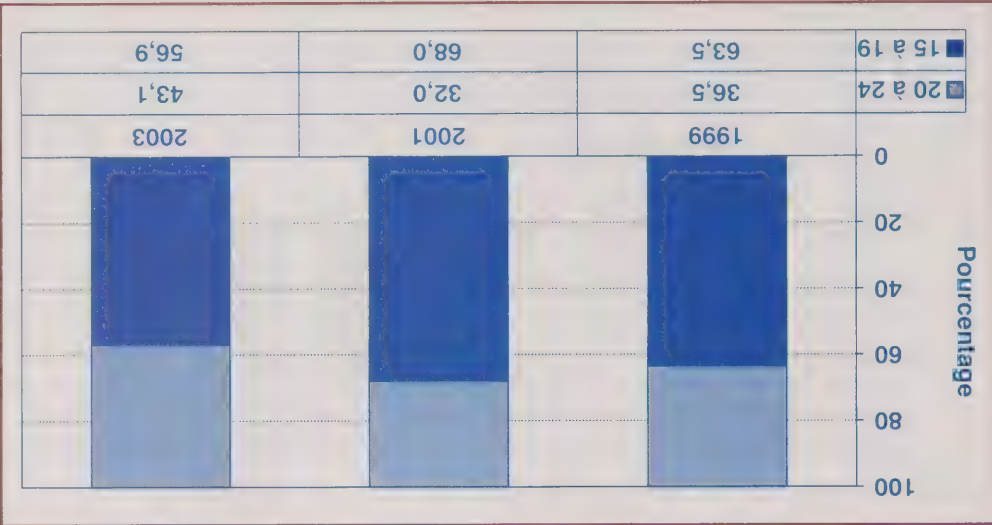


Figure 2. Jeunes de la rue selon le groupe d'âge



Caractéristiques socio-démographiques

- La vaste majorité (95 %) des jeunes de la rue ont déclaré avoir utilisé des drogues au moins une fois par injection. Presque 20 % ont déclaré s'être injecté des drogues.
- Il semble que les jeunes de la rue ne modifient pas leurs comportements sexuels après avoir reçu un diagnostic d'ITS.

Le tableau 1 donne un aperçu des caractéristiques socio-démographiques des jeunes qui ont participé à la SAJR.

Tableau 1. Aperçu des caractéristiques socio-démographiques des jeunes de la rue recrutés aux fins de la SAJR

Profil démographique	Pourcentage		
	2003 (N = 1656)	2001 (N = 1427)	1999 (N* = 1645)
Sexe			
Homme	62,9	56,6	61,7
Femme	37,1	43,4	38,3
Âge moyen (ans)	19,7	19,0	18,9
Groupe d'âge			
15 à 19 ans	56,9	68,0	63,5
20 à 24 ans	43,1	32,0	36,5
Lieu de naissance			
Au Canada	91,9	92,9	92,2
À l'extérieur du Canada	8,1	7,1	7,9
Origine ethnique [‡]			
Autochtone†	36,3	33,6	27,7
Blanc	59,5	60,1	63,3
Africain/Noir	5,3	4,2	4,3
Autre	7,0	8,5	8,5
A déjà reçu les services d'un travailleur social			
Oui	70,4	70,4	64,8
Non	29,6	29,6	35,2
A déjà été placé en famille d'accueil			
Oui	42,2	39,5	35,7
Non	57,8	60,5	64,3
A déjà été placé en foyer de groupe			
Oui	46,7	44,4	39,8
Non	53,3	55,6	60,2
A déjà été incarcéré ou détenu			
Oui	61,9	54,3	55,5
Non	38,1	45,7	44,5
A déjà été suivi par un agent de probation			
Oui	56,0	47,7	49,4
Non	44,0	52,3	50,6

* N = Dénominateur (nombre de jeunes recrutés).

† Les jeunes pouvaient déclarer plus d'une origine ethnique. Par conséquent, la somme des pourcentages pourrait dépasser 100 %.

‡ L'expression « Autochtones » désigne les Premières Nations, les Métis, les Inuits et les autres membres de la population autochtone.

2. Constatations*



2.1 Constatations principales – 1999 – 2003

- Le rapport hommes-femmes est d'environ 2:1.
- Environ 15 % des jeunes de la rue ont déclaré que leur famille avait déjà été sans abri.
- Un conflit avec les parents était la principale raison invoquée par la plupart des jeunes de la rue à l'appui de leur décision de quitter le domicile familial.
- Plus de la moitié des jeunes de la rue ont déclaré avoir vécu dans la rue durant tout le mois précédent.
- Plus du quart ont déclaré que les prestations d'aide sociale étaient leur principale source de revenu.
- En 2003, plus de 35 % des jeunes de la rue ont déclaré qu'ils avaient abandonné leurs études ou avaient été expulsés de l'école définitivement.
- Plus de la moitié des jeunes de la rue ont déclaré avoir été victimes de violence psychologique ou de négligence.
- Les taux de chlamydiae et de gonorrhée chez les jeunes de la rue sont plus de 10 fois plus élevés que ceux observés dans la population générale des jeunes.
- Le niveau d'immunité contre l'hépatite B augmente graduellement chez les jeunes de la rue; cependant, le pourcentage de jeunes de la rue qui n'ont aucune immunité demeure élevé, s'établissant à plus de 40 %.
- Les jeunes de la rue constituent une population sexuellement active, plus de 95 % déclarant s'être déjà livrés à des activités sexuelles.
- En moyenne, les jeunes de la rue déclarent avoir eu pas moins de 17 partenaires sexuels au cours de leur vie.
- Environ le quart des jeunes de la rue déclarent s'être déjà adonnés au commerce sexuel à un moment ou un autre de leur vie.
- Un pourcentage élevé de jeunes de la rue ont déclaré ne pas avoir utilisé de condom durant leur dernière relation sexuelle.
- Environ 80 % des jeunes de la rue ont déclaré fumer tous les jours.
- Environ 40 % des jeunes de la rue ont déclaré avoir abusé d'alcool récemment.
- Les jeunes de la rue qui ont déclaré utiliser une substance (alcool, tabac ou drogues) étaient plus nombreux à déclarer utiliser d'autres substances (polytoxicomanie).

* Il n'était pas possible de présenter tous les renseignements obtenus dans le cadre des phases de 1999, 2001 et 2003 dans ce rapport, compte tenu du volume important de données disponibles; par conséquent, le rapport ne comprend qu'un aperçu des constatations. Trois sous-rapports traitant de questions particulières assorties de données statistiques détaillées, viennent compléter ce rapport, soit *Toxicomanie chez les jeunes de la rue au Canada*,²² *Infections transmises sexuellement et par le sang chez les jeunes de la rue au Canada*²³ et *Hépatite C et consommation de drogues injectables chez les jeunes de la rue au Canada*.²⁴

La SAJR a pour but de fournir des renseignements sur la santé sexuelle et les comportements sexuels des jeunes de la rue au Canada, lesquels sont essentiels pour l'élaboration de programmes appropriés et efficaces de prévention des maladies.

1.5.2 Objectifs

Voici les objectifs précis liés au but susmentionné :

- déterminer les facteurs de risque potentiels associés à la chlamydia, à la gonorrhée, à la syphilis et aux infections dues au VIH, au virus *Herpes simplex* (VHS) et au virus de l'hépatite C (VHC) chez les jeunes de la rue au Canada;
- surveiller la prévalence de la chlamydia, de la gonorrhée, de la syphilis et des infections dues au virus *Herpes simplex* (VHS), au VIH et au virus de l'hépatite C (VHC) chez les jeunes de la rue au Canada au fil des ans;
- surveiller le degré d'immunité contre l'hépatite B et identifier ses déterminants;
- déterminer et surveiller les souches de VIH et les génotypes du VHC chez les jeunes de la rue au Canada; et
- fournir des renseignements qui seront utiles dans le cadre des efforts de prévention et de lutte ciblant cette population.

L'Agence de santé publique du Canada (ASPC) souscrit pleinement à cette initiative qui l'aidera à s'acquitter de sa mission de promouvoir et de protéger la santé de tous les Canadiens et à brosser un portrait de cette population à l'échelle nationale. La SAJR permet de déterminer les besoins et les lacunes, ce qui facilite l'élaboration de politiques et de programmes visant à améliorer la santé de cette population vulnérable.

1.6

Avantages sur le plan de la santé publique

Outre les avantages de la collecte de données épidémiologiques sur le plan de la santé publique, la SAJR assure l'accès à un grand nombre de jeunes de la rue qui seraient difficiles à joindre autrement, particulièrement pour leur fournir gratuitement des services de counselling, de dépistage et de traitement de certaines ITS et infections transmissibles par le sang.

La SAJR a été élaborée en réponse directe aux recommandations faites par les directeurs provinciaux et territoriaux de la surveillance des infections transmises sexuellement (ITS) lors de leur réunion nationale de 1997. Les participants avaient souligné la nécessité d'élaborer un mécanisme de collecte continue de données permettant de surveiller les tendances concernant les ITS et les infections transmissibles par le sang dans la population des jeunes de la rue. En plus des données sur la prévalence des maladies, le système de surveillance de sentinelle a également été conçu pour recueillir des données sur certains des déterminants de la santé et sur la prévalence des comportements à risque. Ces données pourraient mener à la détermination de stratégies de promotion de la santé et à la mise au jour des lacunes dans la prévention des maladies.

Le domicile fixe et ont peu de contacts avec les systèmes d'éducation et de santé. Par conséquent, ils sont généralement exclus des enquêtes téléphoniques et des enquêtes menées dans les écoles, les cliniques ou les domiciles, ce qui entraîne des lacunes dans l'information disponible sur cette population.

La surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, ou SAJR, est une initiative multicentrique continue lancée en 1998 en réponse à la nécessité d'obtenir des données nationales sur cette population difficile à joindre. Ce système de surveillance est une source de données complètes sur les taux d'ITS et d'infections connexes, et les comportements et les déterminants du risque dans la population des jeunes de la rue au Canada.

La phase pilote (phase I) de la SAJR, qui visait à déterminer la faisabilité d'un programme de surveillance ciblant les jeunes de la rue, a été lancée en octobre 1998. Elle a été menée dans trois villes canadiennes : Vancouver, Ottawa et Halifax. L'échantillon comprenait 297 jeunes au total. Cette phase a permis de conclure qu'on pourrait obtenir des données valides sur les comportements à risque et les taux d'ITS, ainsi que prélever des échantillons biologiques, auprès de cette population. La collecte des données a été effectuée aux deux ans, d'abord en 1999 (phase II), puis en 2001 (phase III) et en 2003 (phase IV). Le système de surveillance ayant été étendu à sept grands centres urbains dans tout le Canada : Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, Toronto, Ottawa et Halifax. Vancouver n'a pu participer à la phase III pour des raisons logistiques. L'échantillon utilisé dans le cadre des phases II, III et IV comprenait au total un peu moins de 5 000 jeunes.

Les participants avaient entre 15 et 24 ans (inclusivement), pouvaient s'exprimer en français ou en anglais et avaient, au cours des six mois précédents, été absents du domicile familial durant au moins trois nuits consécutives. Des renseignements concernant les données démographiques, les antécédents familiaux, les conditions de vie actuelles, les relations avec les fournisseurs de soins, les sources de revenus, l'utilisation de drogues et d'alcool, les comportements sexuels et les antécédents d'infections transmises sexuellement ont été obtenus par le biais d'un questionnaire standard, rempli par un intervieweur en une heure environ. En plus de répondre au questionnaire, les participants ont été invités à fournir des échantillons d'urine et de sang à des fins de dépistage des ITS et des infections transmissibles par le sang. Pour plus de renseignements sur les méthodes de recrutement, de collecte des données et de méthodes d'analyse des données, veuillez vous reporter à l'annexe.

Le succès de ces activités de surveillance est le fruit de la collaboration étroite et soutenue des représentants locaux, provinciaux et fédéraux.

1.3 Les jeunes de la rue au Canada : une population vulnérable

Des études antérieures sur les jeunes de la rue ont montré qu'il s'agit d'une population à haut risque de maladies sexuellement transmissibles (MST) et de VIH. Les jeunes de la rue ont été plus nombreux à déclarer avoir eu des relations sexuelles avant l'âge de 13 ans¹, et ils sont plus à risque pour un grand nombre d'I TS². Des données indiquent que les taux de prévalence (nombre total de cas et d'incidence (nouveaux cas) d'un grand nombre d'I TS et d'infections transmissibles par le sang sont 10 à 12 fois plus élevés chez les jeunes de la rue que chez les jeunes du même groupe d'âge dans la population générale³.

Une étude sur les jeunes de la rue à Montréal révèle que presque la moitié (45,8 %) d'entre eux s'étaient injectés des drogues. Les jeunes de la rue étaient également 11 fois plus nombreux que les jeunes de la population générale à mourir d'une surdose ou à se suicider¹⁵. Une étude des jeunes sans abri à Calgary a montré que plus de la moitié avaient eu recours au système d'aide à l'entrée, après avoir vécu de la violence à la maison et des problèmes à l'école¹⁶. Plusieurs autres études, dont la SAJR, ont également révélé que les jeunes de la rue ont été victimes de violence durant leur enfance et qu'un grand nombre avaient quitté le domicile familial pour cette raison même¹⁷. D'autres études ont fait état de taux élevés de tentatives de suicide.

Plusieurs études ont souligné que les jeunes de la rue utilisent diverses stratégies de survie comme se réfugier chez des amis, se livrer au commerce du sexe ou se prostituer, et commettre des infractions lorsqu'ils vivent dans la rue^{8,9,16}. Plus ils vivent longtemps dans la rue, plus ils sont susceptibles d'utiliser ces stratégies. On estime qu'entre 12 % et 32 % des jeunes de la rue au Canada se livrent au commerce du sexe^{2,19}.

Pour a plupart ces jeunes de la rue, les possibilités d'explorer les choix de carrière potentiels sont restreintes et les choix de carrière peu nombreux, compte tenu de leur manque d'instruction et de formation officielle. Les emplois occasionnels et non spécialisés ne sont généralement pas suffisamment bien rémunérés pour qu'ils puissent s'offrir un logement stable. Le manque d'instruction et de compétences professionnelles en demande et l'instabilité émotionnelle et cognitive généralisée associée à l'itinérance elle-même contribuent à la dépendance de ces jeunes à l'égard de l'« économie de la rue » (p. ex. commerce du sexe, mendicité, livraison de drogue) comme principale source de revenu pour subvenir à leurs besoins de base, soit nourriture, vêtements et logement²¹. Compte tenu de leurs difficultés familiales, du manque de possibilités d'éducation et d'emploi qui s'offrent à eux, et de leurs conditions de vie, comment les jeunes de la rue envisagent-ils l'avenir?

1.4 Justification de la surveillance accrue des jeunes de la rue

Au Canada, la surveillance est très liée aux fins du suivi des tendances concernant les ITS à déclaration obligatoire et de l'identification des groupes à risque nécessitant des interventions en matière de santé publique. Cependant, la surveillance systématique ne tient pas compte de tous les cas d'ITS, étant donné que les populations difficiles à joindre présentant des taux d'infection élevés n'ont généralement pas tendance à utiliser les services du système de santé.

Il est essentiel d'utiliser des méthodes de surveillance accrue ciblant spécifiquement les populations d'âges à joindre afin d'évaluer le fardeau des ITS et de fournir des services de prévention et de traitement appropriés. Les jeunes de la rue sont une population difficile à joindre dans le contexte de la surveillance, étant donné qu'ils n'ont généralement pas de

1. Introduction



1.1 Jeunes de la rue

Le Canada jouit depuis longtemps d'une excellente réputation internationale pour sa qualité de vie. Cependant, pour un nombre croissant de Canadiens, l'itinérance est devenue une réalité, et la recherche d'un abri fait partie de leurs luttes quotidiennes¹, en particulier dans le cas des jeunes.

La population mondiale des jeunes de la rue n'est pas connue, mais elle serait évaluée à des millions de personnes^{2,3}. Selon D. DeMatteon et coll., 150 000 jeunes vivent dans la rue chaque jour au Canada⁴.

Les définitions de l'expression « jeunes de la rue » sont nombreuses et variées, tout comme les réalités sociales de différents pays. Cependant, on observe une constante chez tous les jeunes de la rue, soit leurs conditions de vie précaires, notamment la pauvreté, l'instabilité résidentielle et la vulnérabilité émotionnelle et psychologique⁵. Ces conditions peuvent mener à des comportements qui exposent les jeunes de la rue aux ITS et aux infections transmissibles par le sang, de même qu'à la consommation de drogues et à la toxicomanie.

1.2 Jeunes de la rue et population générale des jeunes : en quoi sont-ils différents?

La population des jeunes de la rue est aussi diversifiée que le reste de la population canadienne. Une étude des documents disponibles sur ce sujet indique que les jeunes de la rue sont plus nombreux que les autres jeunes de leur groupe d'âge à avoir abandonné leurs études et plus nombreux que ces derniers à travailler^{6,7}. Les jeunes de la rue font face à des conditions de vie et des conditions sociales difficiles, comme la pauvreté, la violence familiale et des conditions de vie instables. Ils sont différents des jeunes de la population générale qui vivent avec leurs parents, vont à l'école et ont accès aux services de santé de base⁸.

Des études antérieures ont démontré que les parents de jeunes de la rue sont plus nombreux que les parents de jeunes qui fréquentent l'école à occuper un emploi de statut inférieur. Les jeunes de la rue ont en outre été plus nombreux que les jeunes de la population générale à déclarer avoir de mauvaises relations avec leurs parents⁹.

Les données nationales sur les jeunes de 15 à 24 ans ne peuvent être considérées comme fiables lorsqu'il s'agit de mieux comprendre la réalité de la population des jeunes de la rue. Ces données générales sont souvent recueillies par le biais d'enquêtes en milieu scolaire, d'enquêtes téléphoniques et d'enquêtes menées auprès des ménages – qui ne permettent pas nécessairement de joindre les jeunes de la rue. De plus, chez les jeunes qui participent effectivement à ces enquêtes, la fréquence des comportements à risque est généralement inférieure à celle observée dans la population des jeunes de la rue¹⁰.

La Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada (SAJR) a été lancée en 1998 en réponse directe aux recommandations faites par les directeurs provinciaux et territoriaux de la surveillance des infections transmises sexuellement (ITS) lors de leur réunion nationale de 1997. Ce système est le fruit de la collaboration étroite des intervenants locaux, provinciaux et fédéraux en santé publique, de même que des universités. Le système de surveillance a fourni des données sur la prévalence et les comportements à risque chez une population qui n'est pas représentée dans les études en milieu scolaire ou les études en population.

Les constatations des analyses indiquent que les jeunes de la rue présentent des taux élevés d'ITS et d'infections transmissibles par le sang. L'étude de sous-groupes dans l'échantillon des jeunes de la rue, comme les utilisateurs de drogues par injection, révèle une prévalence particulièrement inquiétante de certains agents infectieux, par exemple le virus de l'hépatite C. Elle fait également ressortir, dans cette population, des comportements sexuels à risque élevé, comme l'utilisation peu fréquente du condom et un nombre élevé de partenaires sexuels de même que des taux de toxicomanie préoccupants.

Il est impossible d'élaborer des stratégies efficaces de prévention des ITS et des infections transmissibles par le sang à l'intention des jeunes de la rue si les données sur cette population sont restreintes aux comportements sexuels à risque. Nous devons connaître la dynamique sociale – comme les raisons de quitter le domicile familial, les interactions avec les services sociaux, l'exposition à la violence et les comportements à risque des partenaires sexuels – pour comprendre comment la prévention des ITS et des infections transmissibles par le sang s'intègre à la vie des jeunes de la rue. Par conséquent, ce rapport va au-delà de la simple prévalence des effets nocifs sur la santé au sein de cette population; il fournit des renseignements sur la prise de risque et sur le contexte social des comportements à risque. Enfin, le rapport fournit des comparaisons longitudinales des données recueillies dans tous les cycles de l'étude.

Les renseignements obtenus par le biais de la SAJR devraient aider à enrichir les programmes sociaux et les programmes de santé publique visant à améliorer le bien-être émotionnel, physique et psychologique des jeunes de la rue au Canada.

Tél. : 613 941-8422
Télec. : 613 957-0381

Ottawa (ON) K1A 0K9
Immeuble Jeanne Mance, 1A 1906B
Agence de santé publique du Canada (ASPC)
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI)
Division des infections acquises dans la collectivité (DIAC)
Section de surveillance et d'épidémiologie

Personne-ressource

- Dr Tom Wong, directeur, Division des infections acquises dans la collectivité
- Jennifer Shushansian, coordonnatrice interimaire
- Lisa Hansen, épidémiologiste de terrain
- Maritja Gully, analyste de surveillance
- Olayemi Agboda, épidémiologiste

Section de surveillance et d'épidémiologie

Nous aimerions aussi remercier tous les autres employés et entrepreneurs qui ont participé au projet au fil des années et qui ont contribué au succès général du SAJR.

Nous remercions infiniment la Division de la surveillance et de l'évaluation des risques de l'ASPC ainsi qu'au Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées de Santé Canada pour leur contribution financière.

accomplis auparavant dans le cadre de ce projet.

- Dr Donald Sutherland et Ann Jolly ainsi qu'à Sandra Burton pour les travaux qu'ils ont de la DIAC pour leur aide;
- Barbara Jones, Jeff Dodds, Robert Lerch, Allison Ringrose ainsi que l'ensemble du personnel

Remerciements

Ce rapport a été préparé par la Section de surveillance et d'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada.

Nous remercions tous les jeunes de la rue, qui ont participé à l'enquête, de nous avoir consacré leur temps. Nous remercions également tous les chercheurs principaux et coordonnateurs locaux pour leur engagement, depuis le début du projet-pilote en 1998 jusqu'à la phase IV en 2003, notamment :

- Dr Baldwin Toye, Jacques Nérón, Caroline Millar, Manon Morin et Tom Quintero d'Ottawa;
- Dr David Haase, Pat Hazell et Janet Walsh de Halifax;
- Dr Ameeta Singh, Barbara Anderson, Jennifer Gratrix, Vicki Pilling et Dr Gerry Predy d'Edmonton;
- Dr Cordell Neudorf, Karen Grauer, Suzanne Mahaffey et Jocelyn Andrews de Saskatoon;
- Dr Gina Ogilvie, Darlene Taylor, Dr Michael Rekart, Dr David Patrick, Juanita Maginley, Elsie Wong et Elaine Jones de Vancouver;
- Dr Carole Beaudoin, Dr Stephen Moses, Dr Greg Hammond, Michelyn Wood et Margaret Ormond de Winnipeg.

Nous remercions infiniment nos collègues des Laboratoires nationaux du VIH et de rétrovirologie, en particulier au Dr John Kim et à Laurie Malloch; merci aussi au Laboratoire national de microbiologie (le Dr Lai King Ng et, auparavant, la Dre Rosanna Peeling) ainsi qu'à tous les laboratoires locaux et provinciaux participants.

Nous tenons à remercier tout particulièrement Robert Hanson, Stéphane Racine et Jillian Flight du Bureau de la recherche et de la surveillance, Programme de la Stratégie antitidrogue et des substances contrôlées, Santé Canada, pour leur aide précieuse dans l'analyse, la rédaction et la révision du sous-rapport sur les toxicomanies.

Nous exprimons toute notre gratitude aux nombreux employés de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), anciens et actuels, dont l'expertise nous a permis de mener à bien la rédaction du rapport principal et des sous-rapports, notamment :

- Susanne Shields, qui occupait auparavant le poste de chercheuse principale et qui a en fait contribué à la conceptualisation, à la création et à l'élaboration du SARR. Sans le dévouement de Mme Shields, le SARR ne serait pas une réalité aujourd'hui;
- Jennifer Phelan et à Cara Bowman pour leur contribution en matière d'analyse et de gestion des données;
- Tracey Donaldson, Katherine Dinner, Rhonda Kropf et Yogesh Choudri, pour avoir pris le temps de réviser les sous-rapports, de même que pour leurs commentaires pertinents;
- Hany Bishay et l'équipe responsable de la technologie de l'information (TI) pour leur aide dans l'élaboration et la mise sur pied de la base de données;

L'information contenue dans ce rapport découle de renseignements fournis par des jeunes de la rue dans le cadre de trois cycles distincts de collecte de données entre 1999 et 2003 dans sept centres urbains d'un bout à l'autre du Canada.

Des questions de base ont été répétées dans chacun des cycles de collecte de données, et de nouvelles questions ont été ajoutées à la lumière des connaissances acquises lors des cycles précédents, ce qui a permis d'établir des comparaisons longitudinales des taux de prévalence des infections transmises sexuellement (ITS) et celles transmises par le sang, en plus de dégager les tendances concernant les comportements à risque.

Ce rapport ne présente qu'un aperçu des données disponibles. Il est complété par trois sous-rapports des analyses plus complexes et approfondies. Ces sous-rapports fournissent des renseignements traitant de questions particulières touchant la population des jeunes de la rue; lesquels comprennent des détails découlant des données de surveillance sur les ITS, les toxicomanies et les comportements sexuels à risque qui y sont associés, de même que sur l'hépatite C et l'injection de drogues.

Tant le rapport principal que les sous-rapports utilisent des données obtenues lors des trois cycles; ils indiquent systématiquement le cycle ou les données en question ont été recueillies. Chacun des cycles de collecte de données a été analysé séparément; on utilise les moyennes globales à l'occasion lorsque les différences observées entre les cycles sont infimes.

Nous avons fait des efforts pour que les renseignements contenus dans ce rapport soient faciles à comprendre, en fournissant le minimum de données statistiques afin de présenter les constatations le plus clairement possible pour les profanes.

Pour obtenir plus de renseignements sur le plan de la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données, veuillez communiquer avec Olayemi Agboola, chercheuse principale pour la SAJR, Section de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité, ASPC.

Dédicace

Ce rapport est dédié aux quelques 5 000 jeunes de la rue qui ont participé au programme SdR mis en oeuvre dans sept villes du Canada. Il est à espérer qu'ils seront récompensés sous forme de services sociaux et de services de santé améliorés pour le temps, l'énergie et le courage qu'ils ont trouvés pour fournir ces renseignements à propos d'eux-mêmes.

Figure 29	Pourcentage des jeunes de la rue qui ont fait état d'antécédents d'ITS	27
Figure 30	Utilisation d'un moyen de protection sexuelle après un diagnostic d'ITS	27
Figure 31	Taux de prévalence des ITS et des infections transmissibles par le sang	29
Figure 32	Perception personnelle du risque d'ITS	30
Figure 33	Injection de drogues chez les jeunes de la rue	32
Figure 34	Utilisation de seringues ou d'autre matériel d'injection propres au cours des trois mois précédents	33
Figure 35	Utilisation de drogues autrement que par injection chez les jeunes de la rue	34

7	Figure 1.	Jeunes de la rue selon le sexe.
7	Figure 2.	Jeunes de la rue selon le groupe d'âge.
8	Figure 3.	Âge moyen selon le sexe
8	Figure 4.	Origines ethniques déclarées par les jeunes de la rue
10	Figure 5.	Modalités d'hébergement pour la nuit déclarées par les jeunes de la rue (2001 et 2003).
11	Figure 6.	Temps passé dans la rue au cours du mois précédent (2001 et 2003).
12	Figure 7.	Situation familiale durant l'enfance, décrite par les jeunes de la rue (2001 et 2003).
12	Figure 8.	Contacts avec les parents au cours des trois mois précédents (2001 et 2003)
13	Figure 9.	Fréquence des contacts avec les parents au cours des trois mois précédents (2001 et 2003)
14	Figure 10.	Forme de violence psychologique déclarée par les jeunes de la rue (2003).
15	Figure 11.	Forme de négligence déclarée par les jeunes de la rue (2003).
15	Figure 12.	Pourcentage des jeunes de la rue qui avaient quitté le domicile familial en raison de la violence subie.
16	Figure 13.	Forme de violence déclarée (1999)
16	Figure 14.	Forme de violence déclarée (2001)
17	Figure 15.	Forme de violence déclarée (2003)
19	Figure 16.	Travailleurs sociaux, familles d'accueil et foyers de groupe selon le sexe
19	Figure 17.	Raisons du suivi par un agent de probation ou de libération conditionnelle (2003).
20	Figure 18.	Principale source de revenu déclarée par les jeunes de la rue.
20	Figure 19.	Principale source de revenu déclarée par les jeunes de la rue de sexe masculin
21	Figure 20.	Principale source de revenu déclarée par les jeunes de la rue de sexe féminin
21	Figure 21.	Nombre et sexe des partenaires sexuels déclarés par les jeunes de la rue de sexe masculin (2001 et 2003)
22	Figure 22.	Nombre et sexe des partenaires sexuels déclarés par les jeunes de la rue de sexe féminin (2001 et 2003)
22	Figure 23.	Pourcentage des jeunes de la rue qui ont déclaré ne pas avoir utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle, selon le sexe de leur partenaire (2001 et 2003)
23	Figure 24.	Antécédents de commerce du sexe chez les jeunes de la rue
24	Figure 25.	Commerce du sexe au cours des trois mois précédents chez les jeunes de la rue qui ont fait état d'antécédents de commerce du sexe
24	Figure 26.	Biens le plus souvent reçus en échange des faveurs sexuelles
25	Figure 27.	Activités sexuelles par obligation chez les jeunes de la rue (2003)
26	Figure 28.	Biens le plus souvent reçus avant de se livrer à des activités sexuelles par obligation (2003)

19	Services correctionnels	2.7
19	Incarcération.	2.7.1
19	Agent de probation/libération conditionnelle	2.7.2
20	Revenu	2.8
21	Comportements sexuels	2.9
22	Partenaires sexuels	2.9.1
23	Utilisation du condom	2.9.2
23	Commerce du sexe	2.9.3
25	Activités sexuelles par obligation	2.9.4
26	ITS et infections transmissibles par le sang	2.10
27	Antécédents d'ITS.	2.10.1
28	Prévalence des ITS et des infections transmissibles par le sang.	2.10.2
30	Perception personnelle du risque d'ITS.	2.10.3
30	Toxicomanes	2.11
32	Injection de drogues	2.11.1
33	Utilisation de drogues autrement que par injection.	2.11.2
35	Incidence sur les interventions.	3
37	Conclusions	4
39	Bibliographie	5
42	ANNEXE	
42	Méthodologie	
42	Plan et recrutement	
44	Tests en laboratoire	
45	Analyse statistique	
45	Terminologie des analyses	
46	Limites	
6	Tableau 1. Aperçu des caractéristiques socio-démographiques des jeunes de la rue recrutés aux fins de la SAJR.	
13	Tableau 2. Raisons de quitter le domicile familial (1999 et 2001)	
28	Tableau 3. Taux de prévalence des ITS et des infections transmissibles par le sang chez les jeunes de la rue.	
31	Tableau 4. Habitudes de consommation de substances chez les jeunes de la rue	
32	Tableau 5. Drogues injectables les plus couramment utilisées par les utilisateurs de drogues par injection au cours des trois mois précédents	
34	Tableau 6. Drogues les plus couramment utilisées autrement que par injection au cours des trois mois précédents	

Table des matières

v	Dédicace
vi	Préface
vii	Remerciements
ix	Sommaire

1 Introduction

1	Jeunes de la rue
1.1	Jeunes de la rue et population générale des jeunes : en quoi sont-ils différents?
1.2	Les jeunes de la rue au Canada : une population vulnérable
1.3	Justification de la surveillance accrue des jeunes de la rue
1.4	Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada (SAJR)
1.5	But
1.5.1	Objectifs
1.5.2	Avantages sur le plan de la santé publique

2 Constatations

5	Constatations principales – 1999 - 2003
2.1	Caractéristiques socio-démographiques
2.2	2.2.1 Age et sexe
6	2.2.2 Origine ethnique
8	2.2.3 Études
9	2.3 La vie dans la rue
9	2.3.1 Vivre dans la rue
9	2.3.2 Modalités d'hébergement pour la nuit
10	2.3.3 Durée de la période passée dans la rue
11	2.4 Situation familiale décrite par les jeunes de la rue
11	2.4.1 Caractéristiques familiales
11	2.4.2 Raisons de quitter le domicile familial
13	2.4.3 Contacts avec les parents/parents-substitués
14	2.5 Violence
18	2.6 Intervention des services sociaux
18	2.6.1 Travailleurs sociaux
18	2.6.2 Placement familial
18	2.6.3 Foyers de groupe

Les jeunes de la rue au Canada

Constatations découlant de la surveillance accrue
des jeunes de la rue au Canada, 1999-2003

mars 2006

Notre mission est de promouvoir et protéger la santé des
Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation
et aux interventions en matière de santé publique.
Agence de santé publique du Canada

Cette publication est disponible sur supports de substitution.

Cette publication est accessible via Internet à l'adresse :
www.santepublique.gc.ca/its

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le Ministre de la Santé (2006)
N° de cat. HP5-15/2006
ISBN 0-662-49069-X
HP5-15/2006F-PDF
0-662-71980-8



Agence de santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Les jeunes de la rue au Canada



Constatations découlant de la
surveillance accrue des jeunes
de la rue au Canada, 1999-2003

mars 2006

Canada